

U. PORTO



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO
UNIVERSIDADE DO PORTO

Caracterização sociodemográfica e comportamental de um Padrão Alimentar Saudável: aplicação do Kidmed a Adolescentes (15-18 anos) de um meio rural

Sociodemographic and behavioural features of a Healthy Dietary Pattern: use of the KidMed in Adolescents (15-18 years) from a rural area

Carla Márcia Vilela Alves

Orientado por: Professora Doutora Andreia Oliveira

Coorientado por: Dra. Maria João Gregório

Tipo de documento: Trabalho de Investigação

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

Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

Porto, 2012

Resumo

Introdução: O papel da alimentação saudável no normal crescimento e desenvolvimento dos adolescentes e como determinante de saúde fundamenta a avaliação dos determinantes de um padrão alimentar saudável para delineamento de estratégias que fomentam a sua adesão.

Objetivos: Avaliar a associação de características sociodemográficas e comportamentais com a adesão a um padrão alimentar saudável, definido através do instrumento Kidmed, em adolescentes de um meio rural.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal com 281 adolescentes (15-18 anos). A informação foi obtida através questionários estruturados de administração direta. A informação sobre características sociodemográficas e comportamentais foi obtida através de um questionário. O consumo alimentar foi avaliado utilizando um questionário de frequência alimentar (QFA). A adesão ao padrão alimentar mediterrânico foi avaliada pelo índice KidMed.

As proporções foram comparadas pelo teste Qui-quadrado. As associações entre a adesão ao padrão alimentar e as variáveis socioeconómicas e comportamentais foram estimadas por regressão linear e respectivos intervalos de confiança 95%.

Resultados: Adolescentes mais velhos, consumidores mais frequentes de fruta e adolescentes menos neofóbicos, de ambos os sexos, e rapazes que já fumaram mas que atualmente não reportam consumo de tabaco e que se auto-percionaram como muito ativos em tempos livres apresentam uma maior adesão ao padrão alimentar mediterrânico.

Conclusão: Uma maior adesão a um padrão de alimentação saudável em adolescentes do meio rural pode ser conseguida através de programas de Saúde

Pública centrados na diminuição da resposta neofóbica, na promoção da prática de exercício físico e do consumo de fruta.

Abstract

Introduction: The role of a healthy diet in the normal growth and development of adolescents, as well as a health indicator, legitimates the evaluation of factors influencing healthy dietary patterns, with the purpose of defining strategies that promote their development.

Objectives: Evaluating the association between sociodemographic and behavioural traits and the development of healthy dietary patterns, as defined by KidMed, amongst adolescents living in a rural area.

Methods: A cross-sectional study involving 281 adolescents (15-18 years old) was developed. All data was collected from structured and directly administered surveys. Information pertaining to socio-demographic and behavioural traits was obtained through questionnaires. Food intake was evaluated with a food frequency questionnaire. The preservation of a Mediterranean dietary pattern was evaluated with the KidMed index tool.

Proportions were compared using a chi-square test. The associations between the preservation of a dietary pattern and the socioeconomic and behavioural variables were estimated by linear regression and the respective confidence intervals of 95%.

Results: Older adolescents from both genders with higher fruit intakes and lower neophobic responses and male adolescents who have smoked in the past but who are presently non-smokers and self-reportedly highly active in their free time display stronger Mediterranean dietary patterns.

Conclusion: Public Health programs focused on reducing neophobic responses and promoting physical exercise and fruit intake may lead to healthier eating patterns amongst teenagers in rural areas.

Palavras – Chave

Padrão alimentar mediterrânico, Determinantes comportamentais em saúde, adolescentes

Keywords

Mediterranean Diet, health behaviors, adolescent

Índice

Objetivos: Avaliar a associação de características sociodemográficas e comportamentais com a adesão a um padrão alimentar saudável, definido através do instrumento Kidmed, em adolescentes de um meio rural.	i
Objectives: Evaluating the association between sociodemographic and behavioural traits and the development of healthy dietary patterns, as defined by KidMed, amongst adolescents living in a rural area.....	iii
1. Introdução	1
2. Objetivo: Avaliar a associação de características sociodemográficas e comportamentais com a adesão a um Padrão Alimentar Saudável, definido através do instrumento Kidmed, em adolescentes de um meio rural.	3
3. Métodos.....	3
3.1. Seleção dos participantes.....	3
3.2. Recolha de Informação	4
3.2.1. Questionário.....	4
3.2.1.1. Características sociodemográficas e comportamentais.....	4
3.2.2. Análise Estatística.....	7
3.2.3. Ética	7
4. Resultados	7
4.1. Caracterização da amostra.....	7
5. Discussão e Conclusões	14
6. Agradecimentos	16
7. Referências Bibliográficas.....	17
8. Anexos.....	21

Anexo A - Questionário “Evasão a alimentos novos, Consumo Alimentar e Aproveitamento Escolar”	22
Anexo B - Índice KidMed	27
Anexo C – Escala de Neofobia Alimentar	29

1. Introdução

O papel da alimentação saudável no normal crescimento e desenvolvimento de crianças e jovens e, como determinante de saúde, encontra-se bem documentado na literatura. Doenças crónicas como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, doença cardiovascular e, alguns tipos de cancro apresentam como determinante comum comportamentos alimentares opostos aos de um padrão alimentar saudável⁽¹⁻³⁾. A necessidade dos adolescentes em se ajustarem às normas sociais, a fome ou desejo por determinado alimento, o apelo da comida (o sabor, o cheiro, a textura), o tempo disponível para a preparação dos alimentos,⁽⁴⁻⁶⁾ e a ausência de sensibilidade para os potenciais problemas de saúde torna-os vulneráveis a um padrão alimentar genericamente caracterizado por alimentos ricos em gordura, por uma ingestão elevada de fast-food e um consumo reduzido de fruta, hortícolas e laticínios, bem como a comportamentos alimentares incorretos como a omissão ou substituição de refeições⁽⁷⁻⁹⁾.

Diferenças de género têm sido reportadas por alguns autores, sendo que as adolescentes do sexo feminino fazem geralmente escolhas alimentares mais saudáveis, evitam com maior facilidade alimentos ricos em gordura saturada, consomem maior quantidade de fruta e alimentos ricos em fibra e apresentam menor ingestão de sal^(3, 10). Globalmente, as raparigas são apontadas como mais propensas a adotar o padrão alimentar mediterrânico⁽¹¹⁾. O contexto socioeconómico do adolescente, frequentemente avaliado através da escolaridade e do estatuto socioeconómico dos pais, é um determinante chave dos hábitos alimentares dos adolescentes^(8, 12, 13). Adolescentes pertencentes a agregados familiares mais escolarizados e com estatuto socioeconómico

superior têm sido descritos como apresentando uma maior adesão a hábitos de alimentação saudável, nomeadamente a consumos superiores de carnes de aves, laticínios, fruta, produtos hortícolas, leguminosas e azeite ^(11, 14). A residência em meio rural parece também influenciar as escolhas alimentares devido a uma menor variedade alimentar, o que poderá condicionar a qualidade da dieta dos adolescentes ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

A adoção de escolhas alimentares mais saudáveis pelos adolescentes incluindo uma maior adesão ao padrão mediterrânico tem também sido positivamente associada com a prática regular de exercício físico em tempo de lazer e ao número de refeições diárias, com destaque para a realização do pequeno-almoço ^(11, 18, 19).

Estudos mais recentes, realizados maioritariamente em crianças e idosos, têm procurado estabelecer a associação da neofobia alimentar, definida em adolescentes como a relutância em experimentar alimentos novos, com o consumo de determinados alimentos, sendo que a associação negativa mais convincentemente demonstrada foi descrita para a ingestão de produtos hortícolas e fruta ⁽²⁰⁻²²⁾.

Os comportamentos alimentares adotados durante a adolescência parecem manter-se relativamente estáveis na idade adulta, ^(23, 24). O consumo desadequado de alimentos densamente energéticos e o consumo reduzido de outros nutricionalmente favoráveis à redução das elevadas prevalências de excesso de peso e obesidade, observadas durante a infância e adolescência ^(25, 26) tornam premente a adoção de medidas que promovam hábitos alimentares saudáveis nesta faixa etária e em idades mais precoces ^(3, 27).

Embora o estudo dos determinantes das escolhas alimentares durante a adolescência tenha já sido alvo de investigação de vários autores, a grande maioria fá-lo estudando a alimentação através de alimentos/nutrientes isolados, sem ter em conta o efeito cumulativo e de interação dos vários alimentos e nutrientes.

A realização deste trabalho contribuirá para um maior conhecimento sobre os determinantes sociodemográficos e comportamentais associados a padrões alimentares saudáveis de adolescentes rurais o que possibilitará o desenvolvimento estratégias de intervenção especificamente elaboradas para jovens com características semelhantes às deste estudo e que conduzam à adoção de comportamentos promotores de saúde.

2.Objetivo: Avaliar a associação de características sociodemográficas e comportamentais com a adesão a um Padrão Alimentar Saudável, definido através do instrumento Kidmed, em adolescentes de um meio rural.

3. Métodos

3.1. Seleção dos participantes

Este estudo foi realizado no ano letivo de 2011/2012 na Escola Secundária Morgado de Mateus, localizada no concelho de Vila Real e selecionada por conveniência. A escola apresentou neste ano letivo 18 turmas com alunos de idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos (10^o, 11^o e 12^o anos) (n=293). Os alunos são provenientes de quinze freguesias do Concelho de Vila Real predominantemente do meio rural, ainda que se verifique que tem vindo a aumentar o número de alunos residentes em zona urbana.

Numa estimativa prévia à realização deste estudo, e tendo como decisão recrutar todas as turmas, estimou-se avaliar aproximadamente 300

adolescentes, indo de encontro aos recursos económicos e humanos disponíveis para este estudo.

No ano letivo de 2011/2012, foram contactados 293 adolescentes e 95,% aceitaram participar. A maioria dos adolescentes que não aceitou participar no estudo tinha 15 anos e frequentavam o 10º ano de escolaridade, sendo que 42% e 58% frequentam o curso de Ciências e Tecnologias e o curso de Línguas e Humanidades, respetivamente. Os adolescentes eram maioritariamente do género masculino, sendo 31,6% raparigas. A reduzida magnitude das perdas, ainda que diferenciais (na amostra participante, 61,3% dos adolescentes frequentava o curso de Ciências e Tecnologia e 11,7% o curso de Línguas e Humanidades e a distribuição por sexos foi equitativa (50%), apoia a generalização dos resultados aqui encontrados à escola em questão e a outras escolas com características semelhantes.

3.2. Recolha de Informação

3.2.1. Questionário

A informação foi obtida através de três questionários estruturados de administração direta durante uma sessão letiva, com uma duração média de 45 minutos. Toda a informação foi armazenada numa base de dados criada no programa ACCESS®.

3.2.1.1. Características sociodemográficas e comportamentais

O primeiro questionário compreendia questões relativas a género, idade, escolaridade dos pais (avaliada pelo maior número de anos de escolaridade completado por um dos progenitores), consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas, prática de exercício físico e hábitos alimentares dos adolescentes de modo a permitir a caracterização demográfica e comportamental dos

adolescentes. Foram ainda questionados outros comportamentos relacionados com as práticas alimentares, designadamente a toma do pequeno-almoço, o local da toma do pequeno-almoço, o número de refeições diárias e o seguimento de dietas (Anexo a).

3.2.1.2. Avaliação do consumo alimentar

Para avaliação do consumo alimentar utilizou-se um questionário semi-quantitativo de frequência alimentar (QFA) relativo aos 12 meses antecedentes ao seu preenchimento. O QFA era composto por uma lista de 86 itens alimentares e de uma seção "Outros alimentos" para registo de itens alimentares não incluídos na lista inicial. Para cada item de alimentos o adolescentes indicava a categoria de frequência de consumo a variar entre "nunca ou menos de uma vez por mês" a "seis ou mais vezes por dia". O QFA está disponível em formato de leitura óptica. Para estimar o consumo alimentar cada item alimentar foi multiplicado pela porção média padrão, em gramas, e pelo fator de variação sazonal, nos itens com indicação de sazonalidade.

O consumo alimentar foi convertido em nutrientes através do software informático Food Processor Plus® software (Research, Salem-Oregon, 1997), adaptado a alimentos tipicamente Portugueses.

3.2.1.2.1. Índice Kidmed

O padrão alimentar dos adolescentes foi avaliado através de uma versão adaptada do índice Kidmed. A versão original contempla 16 itens ⁽²⁸⁾, contudo neste estudo não foi obtida informação às questões "Consome cereais ou grãos (pão, etc) ao pequeno-almoço" e "Consome um lacticínio ao pequeno almoço (iogurte, leite, etc)", pelo que o índice final apresenta 14 itens com uma pontuação a variar entre - 4 e 10 (Anexo b). Às opções que traduzem

comportamentos alimentares mais afastados ao padrão alimentar mediterrânico foi atribuída a pontuação -1, por sua vez, as questões que refletem comportamentos alimentares próximos deste padrão foi atribuída a pontuação +1. Após a soma direta das pontuações, uma maior pontuação final representa uma maior adesão ao padrão alimentar mediterrânico.

3.2.1.3. Avaliação da Neofobia Alimentar

A versão traduzida para língua Portuguesa da escala de Neofobia Alimentar desenvolvida por Pliner e Hobden, 1992 ⁽²⁹⁾ foi preenchida pelos adolescentes, tendo-lhes sido explicado que deveriam indicar o grau de concordância com cada item, a variar entre “discordo totalmente” e “concordo totalmente”. A escala de Neofobia Alimentar contém 10 itens e a pontuação de cada item ocorre através de uma escala bipolar de 7 pontos (Anexo c). Em cinco dos dez itens que compõem a escala, a pontuação encontra-se invertida (item número um, quatro, seis, nove e dez). A neofobia alimentar individual foi obtida através da soma das respostas aos itens da escala ⁽³⁰⁾, sendo que uma pontuação elevada é indicativo de um elevado nível de neofobia alimentar e traduzir - se - á numa menor recetividade para consumir alimentos novos.

A dimensionalidade da versão portuguesa da escala de Neofobia Alimentar aplicada à população deste estudo foi avaliada anteriormente tendo-se verificado a existência de um fator, que explica 26,8% da variância total dos itens. A avaliação da consistência interna da escala (α de Cronbach=0,69) e da sua validade de constructo apoiam que genericamente esta versão da escala de Neofobia Alimentar apresenta boas características psicométricas na avaliação da evasão a experimentar alimentos novos.

3.2.2. Análise Estatística

As variáveis qualitativas são apresentadas sob a forma de proporção e comparadas através do teste de Qui-quadrado ou teste exacto de Fisher, quando apropriado. A magnitude das associações foi avaliada por regressão linear (coeficientes β e respetivos intervalos de confiança a 95%), após ajuste para os potenciais confundidores.

A análise estatística foi efetuada através do software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 20.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

3.2.3. Ética

Este projeto foi submetido a avaliação pela direção da Escola interveniente, tendo sido solicitado o contacto dos alunos elegíveis e dos seus encarregados de educação. A informação foi recolhida após consentimento informado escrito obtido dos alunos e dos respetivos encarregados de educação.

4. Resultados

4.1. Caracterização da amostra

Da amostra inicial constituída por 281 adolescentes foram excluídos, na análise dos dados, 8 adolescentes por apresentarem uma ingestão energética total superior ou inferior a 1,5 distâncias interquartis do logaritmo da mediana. Este critério permitiu excluir potenciais *outliers* de consumo alimentar, que constituiu uma variável-chave nos resultados deste estudo.

Na tabela 1 são descritas as características sociais e demográficas da amostra final e após estratificação por género: 137 rapazes (50%) e 137 raparigas (50%), maioritariamente com 16-17 anos. Cerca de 50% dos pais tem escolaridade inferior ou igual ao 9º ano. Apesar de mais de 80% dos

adolescentes viver com ambos os pais, 12,4% integram famílias monoparentais. Não foram encontradas diferenças significativas e/ou quantitativamente relevantes entre sexos.

Tabela 1. Características sociais e demográficas dos adolescentes da amostra total e por sexo.

	Total n = 274 (100)	Rapazes n = 137 (50,0)	Raparigas n = 137(50,0)	Valor-p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Idade (Anos)				0,649
15	51 (18,6)	26 (19,0)	25 (18,2)	
16	105 (38,3)	57 (41,6)	48 (35,0)	
17	87 (31,8)	40 (29,2)	47 (34,3)	
18	31 (11,3)	14 (10,2)	17 (12,4)	
Escolaridade dos pais (Anos)				0,408
≤4	34 (12,4)	15 (10,9)	19 (13,9)	
5-9	100 (36,5)	49 (34,3)	53 (38,7)	
10-12	78 (28,5)	40 (29,2)	38 (27,7)	
>12	47 (17,2)	26 (19,0)	21 (15,3)	
Missing	15 (5,6)	9 (6,6)	6 (4,4)	
Agregado familiar				0,886
Vive com um dos pais	34 (12,4)	18 (13,1)	16 (11,7)	
Vive com ambos os pais	228 (83,2)	113 (82,5)	115 (83,9)	
Vive com outros familiares	9 (3,3)	5 (3,6)	4 (2,9)	
Missing	3 (1,1)	1 (0,7)	2(1,5)	

*Valor de prova obtido através de comparações efetuadas pelo teste de Qui-quadrado ou exato de Fisher sem contabilização da categoria "Missing".

A tabela 2 descreve algumas características comportamentais dos adolescentes. Aproximadamente 11% dos adolescentes referiu fumar diariamente, sendo esta proporção mais elevada nos rapazes (14,6% vs. 8,0% nas raparigas); uma maior proporção de raparigas reportou já ter deixado de fumar (23,4% vs. 12,4% nos rapazes) ($p=0,051$). Aproximadamente metade da amostra refere consumir bebidas alcoólicas com frequência inferior ou igual a vez por semana; uma frequência de consumo semanal, mas não diária foi significativamente superior nos rapazes (15,3 % vs. 2,9%). Aproximadamente 90 % dos adolescentes referiu tomar o pequeno-almoço mais diariamente, sendo o local de toma mais frequentemente referido a casa (88,5%), sendo esta proporção superior nas raparigas (92,0% vs. 84,9% nos rapazes, $p=0,017$), tal como o consumo de produtos light/dietéticos (27,0% vs. 6,6% nos

rapazes, $p < 0,001$). Quanto à prática de atividade física também se observaram diferenças significativas por sexo; uma maior percentagem de rapazes se auto-perceciona como muito ativo (32,8 % vs. 11,7%), refere como atividade dominante ao fim de semana a prática de exercício físico (27,7% vs. 10,9 %) e envolve-se mais frequente em atividades desportivas extra-escolares (46,7% vs 26,3%).

Tabela 2. Descrição dos comportamentos tabágicos e alcoólicos, dos hábitos alimentares e de atividade física da amostra total e por sexo.

	Total n = 274 (100)	Rapazes n = 137 (50)	Raparigas n = 137(50)	Valor-p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Consumo de tabaco				0,051
Não	172 (62,8)	88 (64,2)	84 (61,3)	
Sim, mas já não fuma	49 (17,9)	17 (12,4)	32 (23,4)	
Fuma diariamente	31 (11,3)	20 (14,6)	11 (8,0)	
Fuma, mas não diariamente	19 (6,9)	11 (8,0)	8 (5,8)	
Missing	3 (1,1)	1 (0,7)	2 (1,5)	
Consumo de bebidas alcoólicas				0,005
Não	52 (19,0)	23 (16,8)	29 (21,2)	
Sim, mas já não bebe	55 (20,1)	26 (19,0)	29 (21,2)	
Semanal, mas não diariamente	25 (9,1)	21 (15,3)	4 (2,9)	
≤1 /semana	140 (51,1)	67 (48,9)	73 (53,3)	
Missing	2 (0,7)	0 (0,0)	2 (1,5)	
Consumo diário de pequeno-almoço				0,246
Não	30 (10,9)	12 (8,8)	18 (13,1)	
Sim	244 (89,1)	125 (91,2)	119 (86,9)	
Missing	0 (0,0)	0 (0,00)	0 (0,00)	
Local da toma do pequeno-almoço**				0,017
Casa	216 (88,5)	115 (92,0)	101 (84,9)	
Escola	25 (10,2)	7 (5,6)	18 (15,1)	
Missing	3 (0,7)	3 (2,4)	0 (0,00)	
Consumo de fruta				0,524
0-3 peças /semana	78 (28,5)	34 (24,8)	44 (32,1)	
4-6 peças /semana	60 (21,9)	33 (24,1)	27 (19,7)	
≥ 1 - <2 peças /dia	83 (31,5)	41 (29,9)	42 (30,7)	
≥ 2 peças /dia	46 (16,8)	25 (18,2)	21 (15,3)	
Missing	7 (2,6)	4 (2,9)	3 (2,2)	
Consumo de produtos light/diéticos				< 0,001
Não	226 (82,5)	128 (93,4)	98 (71,5)	
Sim	46 (16,8)	9 (6,6)	37 (27,0)	
Missing	2 (0,7)	0 (0,0)	2 (1,5)	
Ocupação dos tempos livres				< 0,001
Maior parte do tempo sentado	75 (27,4)	37(27,0)	38 (27,7)	
Maior parte do tempo de pé e/ou andar	62 (22,6)	23 (16,8)	39 (28,5)	
Metade do tempo ativo e metade do tempo de pé sem outra actividade	75 (27,4)	32 (23,4)	43 (31,4)	
Maior parte do tempo muito ativo	61 (22,3)	45 (32,8)	16 (11,7)	
Missing	1 (4,0)	0 (0,0)	1 (0,7)	
Atividade dominante do fim-de-semana				< 0,001
Ver TV, ouvir música, jogar PC	210 (76,6)	93 (67,9)	117 (85,4)	
Praticar exercício físico	53 (19,3)	38 (27,7)	15 (10,9)	
Missing	11 (4,0)	6 (4,4)	5 (3,6)	

(Continuação) Tabela 2. Descrição dos comportamentos tabágicos e alcoólicos, dos hábitos alimentares e de atividade física da amostra total e por sexo.

	Total	Rapazes	Raparigas	Valor-p*
	n = 274 (100)	n = 137 (50)	n = 137(50)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Atividade desportiva extra-escolar				0,002
Nunca	112 (40,9)	48 (35,0)	64 (46,7)	
≤1 vez/semana	58 (21,2)	23 (16,8)	35 (25,5)	
2 a 6 vezes/semana	100 (36,5)	64 (46,7)	36 (26,3)	
Missing	4 (1,5)	2 (1,5)	2 (1,5)	

*Valor de prova obtido através de comparações efetuadas entre sexos pelo teste de Qui-quadrado sem contabilização da categoria "Missing".

** Informação apenas para os adolescentes que tomam habitualmente o pequeno-almoço.

Na tabela 3 apresenta-se a distribuição da pontuação final do índice KidMed na amostra total e por sexos. A mediana da pontuação foi ligeiramente superior nas raparigas (4 vs. 3, $p= 0,047$), no entanto nos rapazes houve uma maior dispersão da pontuação (variação de -1 a 9 vs. 2 a 6 nas raparigas).

Tabela 3: Distribuição do Índice KidMed da amostra total e por sexos (mínimo, média, máximo, desvio padrão e percentis) na amostra

	Pontuação final KIDMED								
	Âmbito de variação	Mínimo	P25	P50	P75	Máximo	Média	Desvio padrão	p=
Total	- 4 - 10	-3	2	4	6	9	3,49	2,36	
Rapazes	- 4 - 10	-1	2	3	5	9	3,29	2,26	0,152
Raparigas	- 4 - 10	2	2	4	6	6	3,7	2,45	

P25:percentil 25; P50: mediana; P75: percentil 75

*Valor de prova obtido através de comparações efectuadas entre sexos pelo teste T-Student para a mostras independentes.

4.2. Associação das características sociodemográficas e comportamentais com a pontuação final no índice KidMed

Na tabela 4 são descritas as associações entre as características sócio demográficas e comportamentais dos adolescentes e a adesão ao índice KidMed. Em análise univariada, observou-se uma associação positiva entre a pontuação final do índice KidMed e a idade dos adolescentes e escolaridade dos pais (significativa apenas no caso das raparigas). Foi também observada uma associação positiva significativa com o consumo diário de pequeno-almoço, em ambos os sexos, e a realização de 4-5 refeições diárias pelos

rapazes. Nas raparigas, o consumo de fruta apresenta associação positiva e significativa com a adesão ao padrão alimentar mediterrânico, nos rapazes essa tendência apenas se verifica para maiores frequências de consumo. Adolescentes de ambos os sexos que se auto-percecionam como muito ativos apresentaram pontuações significativamente superiores no índice alimentar. Os rapazes cuja atividade dominante do fim de semana é a prática de exercício físico, comparativamente a atividades mais sedentárias, também mostraram uma maior adesão ao padrão alimentar mediterrânico. Particularmente nas raparigas, uma maior frequência de atividade desportiva extra-escolar associou-se positivamente com a pontuação no índice. A adesão ao padrão de alimentação saudável foi significativamente menor nos adolescentes mais neofóbicos de ambos os sexos.

Após ajuste para potenciais confundidores, observou-se uma maior adesão ao índice KidMed nos adolescentes mais velhos, nos consumidores mais frequentes de fruta e nos adolescentes menos neofóbicos, de ambos os sexos, e nos rapazes que já fumaram mas que atualmente não reportaram o consumo de tabaco e que se auto-percionaram como muito ativos em tempos livres (Tabela 5).

Tabela 4: Associação univariada entre as características sociais, demográficas e comportamentais do adolescente e a pontuação final no Índice KidMed (coeficientes β e respetivos intervalos de confiança a 95%)

	β bruto (IC 95%)		
	Amostra total	Rapazes	Raparigas
Idade (Anos)			
15	0	0	0
16	0,79 (0,03; 1,55)	0,65 (-0,34; 1,64)	0,97 (-0,17; 2,11)
17	0,88 (0,09; 1,67)	1,19 (0,14; 2,24)	0,59 (-0,56; 1,74)
18	1,11 (0,09; 2,13)	0,32 (-1,06; 1,71)	1,72 (0,26; 3,18)
Escolaridade dos Pais (Anos)			
≤ 4	0	0	0
5-9	0,57 (-0,29; 1,43)	-0,56 (-1,73; 0,62)	1,57 (0,35; 2,78)
9-12	0,39 (-0,50; 1,29)	-0,41 (-1,61; 0,80)	1,12 (-0,16; 2,41)
>12 anos	0,98 (-0,01; 1,96)	0,23 (-1,07; 1,53)	1,68 (0,22; 3,13)
Consumo de tabaco			
Não	0	0	0
Sim, mas já não fuma	-0,52 (-1,25; 0,21)	-1,30 (-2,41; -0,20)	-0,22 (-1,20; 0,76)
Fuma diariamente	-0,59 (-1,47; 0,29)	-0,02 (-1,05; 1,01)	-1,43 (-2,94; 0,08)
Fuma, mas não diariamente	-0,43 (-1,52; 0,66)	-0,14 (-1,47; 1,20)	-0,75 (-2,49; 0,99)
Consumo de bebidas alcoólicas			
Não	0	0	0
Sim, mas já não bebe	0,03 (-0,84; 0,90)	0,28 (-0,94; 1,49)	-0,14 (-1,37; 1,09)
Semanal, mas não diariamente	-1,08 (-2,17; 0,02)	-0,42 (-1,70; 0,86)	-2,45 (-4,94; 0,04)
≤1 /semana	-0,31 (-1,04; 0,42)	0,03 (-0,99; 1,06)	-0,57 (-1,60; 0,45)
Consumo diário de pequeno-almoço			
Não	0	0	0
Sim	1,30 (0,44; 2,16)	1,31 (0,05; 2,58)	1,39 (0,21; 2,56)
Consumo de fruta			
0-3 peças /semana	0	0	0
4-6 peças /semana	0,92 (0,19; 1,64)	0,42 (-0,56; 1,40)	1,50 (0,46; 2,55)
≥ 1 - <2 peças /dia	1,20 (0,54; 1,86)	0,61 (-0,33; 1,54)	1,78 (0,86; 2,70)
≥ 2 peças /dia	2,36 (1,58; 3,15)	2,04 (0,98; 3,10)	2,73 (1,60; 3,86)
Nº refeições diárias			
≤ 3	0	0	0
≥ 4 - ≤5	0,89 (0,28; 1,47)	1,24 (0,44; 2,04)	0,58 (-0,28; 1,44)
> 5	0,77 (-0,20; 1,74)	0,80 (-0,33; 1,93)	1,40 (-0,39; 3,20)
Ocupação dos tempos livres			
Maior parte do tempo sentado	0	0	0
Maior parte do tempo de pé e/ou andar	0,60 (-0,17; 1,36)	0,83 (-0,27; 1,93)	0,29 (-0,77; 1,34)
Metade do tempo ativo e metade do tempo de pé sem outra actividade	0,67 (-0,06; 1,40)	1,23 (0,23; 2,23)	0,14 (-0,89; 1,17)
Maior parte do tempo muito ativo	0,89 (0,13; 1,66)	0,98 (0,06; 1,90)	1,49 (0,11; 2,87)
Atividade dominante do fim de semana			
Ver TV, ouvir música, jogar computador	0	0	0
Praticar exercício físico	0,75 (0,06; 1,43)	0,84 (0,04; 1,64)	1,17 (-0,10; 2,43)
Atividade desportiva extra-escolar			
Nunca	0	0	0
≤1 vez/semana	0,37 (-0,35; 1,09)	0,86 (-0,20; 1,93)	0,03 (-0,93; 0,99)
2 a 6 vezes/semana	0,69 (0,08; 1,31)	0,38 (-0,43; 1,18)	1,46 (0,51; 2,40)
Neofobia alimentar			
Por unidade de pontuação	-0,07 (-0,10; -0,04)	-0,08 (-0,12; -0,03)	-0,07 (-0,12; -0,03)

Tabela 5: Associação multivariada entre as características sociais, demográficas e comportamentais do adolescente e a pontuação final no Índice KidMed (coeficientes β e respetivos intervalos de confiança a 95%)

	β ajustado (IC 95%)			
	Rapazes		Raparigas	
	Modelo 1**	Modelo 2*	Modelo 1*	Modelo 2**
Idade (anos)				
15	0	0	0	0
16	0,99 (-0,01; 1,99)	0,93 (-0,02; 1,89)	0,69 (-0,48; 1,87)	0,93 (-0,33; 2,18)
17	1,48 (0,43; 2,52)	1,12 (0,13; 2,12)	0,45 (-0,7; 1,60)	0,80 (-0,40; 2,01)
18	0,67 (-0,70; 2,52)	1,15 (-0,23; 2,53)	1,50 (0,04; 2,97)	2,20 (0,71; 3,70)
Escolaridade dos Pais (anos)				
≤ 4	0	0	0	0
5 -9	-0,54 (-1,68; 0,60)	-0,74 (-1,78; 0,27)	1,39 (0,16; 2,61)	0,64 (0,49; 1,77)
9-12	-0,37 (-1,54; 0,81)	-0,44 (-1,50; 0,62)	1,03 (-0,25; 2,30)	-0,21 (-1,37; 0,95)
>12	0,39 (-0,90; 1,68)	-0,02 (-1,22; 1,19)	1,69 (0,26; 3,13)	0,33 (-1,11; 1,76)
Consumo de Tabaco				
Não	0	0	0	0
Sim, mas já não fuma	-1,32 (-2,41; -0,24)	-1,12 (-2,20; -0,04)	-0,21 (-1,17; 0,75)	0,14 (-0,80; 1,08)
Fuma diariamente	-0,25 (-1,29; 0,79)	0,01 (-0,98; 1,00)	-1,60 (-3,13; -0,06)	-0,69 (-2,36; 0,99)
Fuma, mas não diariamente	-0,10 (-1,26; 1,46)	-0,77 (-2,22; 0,69)	-0,77 (-2,47; 0,93)	-0,84 (-2,44; 0,76)
Consumo Bebidas alcoólicas				
Não	0	0	0	0
Sim, mas já não bebe	0,53 (-0,66; 1,73)	0,14 (-0,92; 1,19)	-0,32 (-1,55; 0,91)	0,26 (-0,89; 1,42)
Algumas vezes/semana, mas não diariamente	-0,69 (-2,00; 0,62)	-1,37 (-2,68; -0,06)	-2,43 (-4,87; -0,02)	-1,67 (-4,63; 1,29)
≤1/semana	0,11 (-0,93; 1,15)	-0,34 (-1,30; 0,63)	-0,72 (-1,76; 0,33)	-0,54 (-1,52; 0,44)
Consumo diário de pequeno almoço				
Não	0	0	0	0
Sim	1,01 (-0,14; 2,32)	1,47 (-1,91; 4,85)	1,22 (0,03; 2,42)	0,61 (-0,64; 1,89)
Consumo de fruta				
0-3 peças /semana	0	0	0	0
4-6 peças /semana	0,37 (-0,61; 1,36)	0,18 (-0,71; 1,08)	1,22 (0,16; 2,28)	0,57 (-0,54; 1,68)
≥ 1 - < 2 peças /dia	0,56 (-0,40; 1,51)	-0,04 (-0,92; 0,83)	1,78 (0,85; 2,71)	1,27 (0,34; 2,21)
≥ 2 peças /dia	1,92 (0,85; 2,99)	1,57 (0,50; 2,64)	2,66 (1,51; 3,81)	1,94 (0,78; 3,13)
Nº refeições diárias				
≤ 3	0	0	0	0
> 4 - ≤5	1,15 (0,36; 1,95)	1,35 (0,61; 2,09)	0,51 (-0,39; 1,4)	0,55 (-0,30; 1,40)
> 5	0,54 (-0,57; 1,65)	0,86 (-0,23; 1,95)	1,42 (-0,51; 3,35)	1,40 (-0,44; 3,24)
Ocupação dos tempos livres				
Maior parte do tempo sentado	0	0	0	0
Maior parte do tempo de pé e/ou andar	0,66 (-0,44; 1,77)	0,56 (-0,46; 1,58)	0,11 (-0,96; 1,17)	-0,08 (-1,12; 0,96)
Metade do tempo ativo e metade do tempo de pé sem outra actividade	0,96 (0,05; 1,97)	1,25 (0,29; 2,21)	0,29 (-0,75; 1,33)	0,09 (-0,96; 1,55)
Maior parte do tempo muito ativo	0,98 (0,206; 1,90)	1,04 (0,13; 1,95)	1,70 (0,32; 3,07)	0,88 (-0,44; 2,20)

(Continuação) Tabela 5: Associação multivariada entre as características sociais, demográficas e comportamentais do adolescente e a pontuação final no Índice KidMed (coeficientes β e respetivos intervalos de confiança a 95%)

	β ajustado (IC 95%)			
	Rapazes		Raparigas	
	Modelo 1**	Modelo 2*	Modelo 1*	Modelo 2**
Atividade dominante do fim de semana				
Ver TV, ouvir música, jogar computador	0	0	0	0
Praticar exercício físico	0,91 (0,1; 1,71)	0,76 (-0,05; 1,33)	0,95 (-0,30; 2,20)	0,62 (-0,56; 1,79)
Atividade desportiva extra-escolar				
Nunca	0	0	0	0
≤1 vez/semana	0,87 (-0,19; 1,94)	0,33 (-0,68; 1,33)	0,04 (-0,93; 1,01)	-0,55 (-1,48; 0,39)
2 a 6 vezes/semana	0,44 (-0,36; 1,24)	-0,35 (-1,14; -0,44)	1,31 (0,35; 2,27)	0,50 (-0,39; 1,39)
Neofobia alimentar				
Por unidade de pontuação	-0,07 (-0,11; -0,03)	-0,04 (-0,08; -0,01)	-0,07 (-0,12; -0,03)	-0,08 (-0,12; -0,03)

Coefficiente β e respetivos intervalos de confiança obtidos por regressão linear.

IC 95%: intervalo de confiança a 95%

*Modelo ajustado para idade dos adolescentes e escolaridade dos progenitores.

**Modelo ajustado para todas as variáveis da tabela.

5. Discussão e Conclusões

Nesta amostra de adolescentes de meio rural observou-se uma maior adesão ao índice KidMed nos adolescentes mais velhos e com estilos de vida indicativos de um padrão comportamental genericamente mais saudável (consumidores mais frequentes de fruta, menos neofóbicos, que já experimentaram o consumo de tabaco, mas que atualmente já o abandonaram e fisicamente mais ativos), o que corrobora o conceito de agregação de estilos de vida ^(14, 31). Esta agregação de comportamentos, no presente estudo, foi mais evidente nos rapazes, apesar de na literatura estar genericamente descrito que as raparigas apresentam hábitos de consumo mais saudáveis ⁽¹²⁾ corroborada no nosso estudo por pontuações superiores na adesão ao índice KidMed⁽¹¹⁾. A ausência de algumas das associações nas raparigas pode prender-se com o facto de, particularmente nestas faixas etárias, estas não apresentarem ainda muita variabilidade relativamente aos hábitos tabágicos e de exercício físico (a grande maioria é sedentária e sem iniciação tabágica).

Um resultado menos esperado foi a incapacidade de mostrarmos uma associação com o nível de escolaridade dos pais, extensivamente descrito na literatura como determinante chave da alimentação⁽¹¹⁾. Este resultado poderá ser explicado pela natureza desta população rural, em que mais de 50% dos pais apresenta apenas a escolaridade obrigatória.

Vários estudos apontam os efeitos da neofobia alimentar na qualidade da alimentação^(21, 32, 33), embora sejam muito poucos os estudos que procuram a categorização dos indivíduos face à neofobia alimentar a partir das escolhas alimentares reais (tal como se procedeu no presente estudo). Também neste trabalho, os adolescentes com maiores pontuações na escala de neofobia apresentam menor adesão ao padrão KidMed. Indivíduos mais neofóbicos tendem a optar por uma escolha alimentar limitada quanto às fontes de energia e de nutrientes e uma menor diversidade alimentar, que geralmente têm sido descrita como mais acentuada em indivíduos de baixo estatuto sócio económico e com residência em meio rural, o que espelha algumas das características da população em estudo^(15-17, 30, 34).

Uma das limitações do presente estudo é precisamente a amostra ser de conveniência, não é representativa de pessoas de diferentes contextos socioeconómicos o que não permite a generalização dos resultados obtidos a populações com características diferentes das presentes neste estudo.

Perante estes resultados, torna-se oportuno o desenvolvimento de programas de Saúde Pública centrados na diminuição da resposta neofóbica, e na promoção da prática de exercício físico e do consumo de fruta, de modo a fomentar uma maior adesão a um padrão de alimentação saudável em adolescentes do meio rural.

6. Agradecimentos

À Professora Doutora Andreia Oliveira, pelo apoio e profissionalismo demonstrado.

À Dra. Maria João Gregório, por todo o apoio e dedicação ao longo do período de estágio.

Aos alunos que participaram neste estudo e à escola na pessoa da diretora executiva.

Aos meus colegas directores de turma pela colaboração na recolha do consentimento informado escrito dos encarregados de educação.

7. Referências Bibliográficas

1. American Heart Association GS, Dennison BA, Birch LL, Daniels SR, Gilman, MW ea. Dietary Recommendations for Children and Adolescents: A Guide for Practitioners. *Pediatrics*. 2006; 117(2):544-59.
2. Kastorini CM, Millionis HJ, Goudevenos JA, Panagiotakos DB. Mediterranean diet and coronary heart disease: is obesity a link? - A systematic review. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2010; 20(7):536-51.
3. Turconi G, Guarcello M, Maccarini L, Cignoli F, Setti S, Bazzano R, et al. Eating habits and behaviors, physical activity, nutritional and food safety knowledge and beliefs in an adolescent Italian population. *Journal of the American College of Nutrition*. 2008; 27(1):31-43.
4. Contento IR, Williams SS, Michela JL, Franklin AB. Understanding the food choice process of adolescents in the context of family and friends. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2006; 38(5):575-82.
5. Jenkins S, Horner SD. Barriers that influence eating behaviors in adolescents. *J Pediatr Nurs*. 2005; 20(4):258-67.
6. Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C, Casey MA. Factors influencing food choices of adolescents: findings from focus-group discussions with adolescents. *J Am Diet Assoc*. 1999; 99(8):929-37.
7. Lemos MD, M. C. Hábitos alimentares de adolescentes: Conceitos e práticas. *Arq Ciênc Saúde Unipar, Umuarama*. 2005; v.9(1):3-9.
8. Stevenson C Fau - Doherty G, Doherty G Fau - Barnett J, Barnett J Fau - Muldoon OT, Muldoon Ot Fau - Trew K, Trew K. Adolescents' views of food and eating: identifying barriers to healthy eating [Journal Article Research Support, Non-U.S. Gov't DEP - 20060526]. *J Adolesc*. [atualizado em: Jun]. 417-34. Epub 2006 May 26.
9. Ayechu Diaz A, Dura Trave T. [Mediterranean diet and adolescents]. *Nutr Hosp*. 2009; 24(6):759-60.
10. Lai Yeung WL. Gender perspectives on adolescent eating behaviors: a study on the eating attitudes and behaviors of junior secondary students in Hong Kong. *J Nutr Educ Behav*. 2010; 42(4):250-8.

11. Bibiloni Mdel M, Martinez E, Llull R, Pons A, Tur JA. Western and Mediterranean dietary patterns among Balearic Islands' adolescents: socio-economic and lifestyle determinants. *Public health nutrition*. 2012; 15(4):683-92.
12. Viana V, Santos, P. L., Guimarães, M. J. Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. . *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2008; 9 (2)
13. Larson Ni Fau - Story M, et al., Are diet and physical activity patterns related to cigarette smoking in adolescents? Findings from Project EAT [Journal Article Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. DEP - 20070615]. *Prev Chronic Dis*. [actualizado em: Jul]. A51. Epub 2007 Jun 15. *Prev Chronic Dis*.
14. Sanchez-Villegas A, Delgado-Rodriguez M, Martinez-Gonzalez MA, De Irala-Estevez J. Gender, age, socio-demographic and lifestyle factors associated with major dietary patterns in the Spanish Project SUN (Seguimiento Universidad de Navarra). *European journal of clinical nutrition*. 2003; 57(2):285-92.
15. Tuorila H, Lahteenmaki, L., Pohjalainen, L., & Lotti, L. . Food neophobia among the Finns and related responses to familiar and unfamiliar foods. *Food Quality and Preference*, 2001 12, 29–37.
16. Olabi A, Najm NEO, Baghdadi OK, Morton JM. Food neophobia levels of Lebanese and American college students. *Food Quality and Preference*. 2009; 20(5):353-62.
17. Flight I, Leppard P, Cox DN. Food neophobia and associations with cultural diversity and socio-economic status amongst rural and urban Australian adolescents. *Appetite*. 2003; 41(1):51-59.
18. Hallström L, Vereecken CA, Ruiz JR, Patterson E, Gilbert CC, Catasta G, et al. Breakfast habits and factors influencing food choices at breakfast in relation to socio-demographic and family factors among European adolescents. The HELENA Study. *Appetite*. 2011; 56(3):649-57.
19. Rampersaud GC, et al., . Breakfast Habits, Nutritional Status, Body Weight, and Academic Performance in Children and Adolescents. . *Journal of the American Dietetic Association*. 2005; 105(5): :p. 743-60.
20. Galloway AT, Lee Y, Birch LL. Predictors and consequences of food neophobia and pickiness in young girls. *Journal of the American Dietetic Association*. 2003; 103(6):692-98.

21. Cooke L, Carnell, S., Wardle, J. Food neophobia and mealtime food consumption in 4-5 year old children. *International Journal of Behavior Nutrition and Physical Activity* 2006 314.
22. Knaapila A, Silventoinen K, Broms U, Rose RJ, Perola M, Kaprio J, et al. Food neophobia in young adults: genetic architecture and relation to personality, pleasantness and use frequency of foods, and body mass index--a twin study. *Behav Genet.* 2011; 41(4):512-21.
23. Pearson N, Biddle SJ, Gorely T. Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: a systematic review. *Public health nutrition.* 2009; 12(2):267-83.
24. Panagiotakos DB, Chrysohoou C, Pitsavos C, Stefanadis C. Association between the prevalence of obesity and adherence to the Mediterranean diet: the ATTICA study. *Nutrition.* 2006; 22(5):449-56.
25. Moreno LA, Rodriguez G, Fleita J, Bueno-Lozano M, Lazaro A, Bueno G. Trends of dietary habits in adolescents. *Critical reviews in food science and nutrition.* 2010; 50(2):106-12.
26. Swinburn BA, Caterson, I., Seidell, J. C., James, W.P.T. Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. *Public Health Nutrition.* . 2004; 7(1A):123-46.
27. Fitzgerald A, Heary C, Nixon E, Kelly C. Factors influencing the food choices of Irish children and adolescents: a qualitative investigation. *Health Promot Int.* 2010; 25(3):289-98.
28. Serra-Majem L Fau - Ribas L, Ribas L Fau - Ngo J, Ngo J Fau - Ortega RM, Ortega Rm Fau - Garcia A, Garcia A Fau - Perez-Rodrigo C, Perez-Rodrigo C Fau - Aranceta J, et al. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutr.* 2004; 7(7):931-5.
29. Pliner P, Hobden K. Development of a scale to measure the trait of food neophobia in humans. *Appetite.* 1992; 19(2):105-20.
30. Schickenberg B, Van Assema, P., Brug, J., De Vries, N. K. Are the Dutch acquainted with and willing to try healthful food products? The role of food neophobia. *Public health nutrition.* 2008; 11(5):493-500.
31. Affenito SG, Thompson DR, Barton BA, Franko DL, Daniels SR, Obarzanek E, et al. Breakfast Consumption by African-American and White

Adolescent Girls Correlates Positively with Calcium and Fiber Intake and Negatively with Body Mass Index. *Journal of the American Dietetic Association*. 2005; 105(6):938-45.

32. Russell CG, Worsley A. A Population-based Study of Preschoolers' Food Neophobia and Its Associations with Food Preferences. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 2008; 40(1):11-19.

33. Feart C, Alles B, Merle B, Samieri C, Barberger-Gateau P. Adherence to a Mediterranean diet and energy, macro-, and micronutrient intakes in older persons. *J Physiol Biochem*. 2012

34. Mustonen S, Tuorila H. Sensory education decreases food neophobia score and encourages trying unfamiliar foods in 8–12-year-old children. *Food Quality and Preference*. 2010; 21(4):353-60.

8. Anexos

Anexo A - Questionário “Evasão a alimentos novos, Consumo Alimentar e Aproveitamento Escolar”

Evasão a alimentos novos, Consumo Alimentar e Aproveitamento Escolar

Muito obrigada pela tua colaboração. Este trabalho é realizado no âmbito do Mestrado em Educação para a Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e pretende avaliar se existe uma relação entre o consumo alimentar e os resultados escolares.

Assim, peço-te que respondas a todas as questões que se seguem de forma sincera e responsável (não deixes nenhuma questão sem resposta).

Toda a informação recolhida é confidencial e anónima, isto é, não haverá forma de associar as respostas à tua identidade.

I - Caracterização sócio-demográfica e escolar

1. Sexo feminino masculino

2. Qual a tua idade atual ? |__|__| anos.

3. Assinala o curso que frequentas:

Curso de Ciências e Tecnologias Curso de Línguas e Humanidades Curso Profissional

4. Neste ano letivo, que ano de escolaridade frequentas? 10º 11º 12º

5. Ao longo do teu percurso escolar já ficaste retido alguma vez ? Sim Não

5.1. Se respondeste Sim, indica quantos anos ficaste retido: |__|__| anos

6. Qual a tua média escolar?

Se frequentas o 10º ano indica um número de 1 a 5 (**referente à média do 9º ano**) |__| (de 1 a 5)

Se frequentas o 11º ano ou 12º indica um valor de 0 a 20 valores |__|__| (de 0 a 20 valores)

Se frequentaste, no ano anterior, o 10º ano ou o 11º ano e não sabes o valor exato da tua média, assinala o intervalo mais indicado

- 10 a 13 valores
- 14 a 15 valores
- 16 a 17 valores
- 18 a 19 valores
- 20 valores

7. Indica qual a situação profissional dos teus pais.

Pai

O teu pai

- ... tem emprego.
- ... é doméstico ou toma conta de outros
- ... está desempregado
- ... está reformado
- ... não sei

Se o teu pai tem emprego, **especifica qual a sua profissão** (por ex: se é professor deves referir que é professor e não que é funcionário público):

Mãe

A tua mãe

- ... tem emprego.
- ... é doméstica ou toma conta de outros
- ... está desempregada
- ... está reformada
- ... não sei

Se a tua mãe tem emprego, **especifica qual a sua profissão** (por ex: se é polícia deves referir que é polícia e não que é funcionário público)

8. Indica quantos anos de escolaridade completos têm os teus pais. (deves incluir os anos de faculdade:

por exemplo, se a tua mãe é professora tem 17 anos de escolaridade, ou seja, 12 anos mais 5 de faculdade; mas não incluas os mestrados, doutoramentos ou reprovações).

Pai: |__|__| anos de escolaridade

Mãe: |__|__| anos de escolaridade

9. Com quem vives? (Nesta questão podes colocar mais do que uma cruz!)

- Mãe
- Pai
- Irmã/Irmãos
- Padrasto/ Madrasta
- Avó(s) /Avô(s)
- Outros familiares – tio(s)/primo(s)

10. Se tens irmãos indica qual (ais) a (s) sua (s) idade(s): |__|__|; |__|__|; |__|__| anos

II – Determinantes de Saúde

11. Fumas ou alguma vez já fumaste? Sim Não

Se respondeste Não, passa para a questão 12.

11.1. **Se respondeste Sim**, assinala a frequência com que fumas:

- Várias vezes ao dia
- Uma vez por dia
- Algumas vezes por semana mas não todos os dias
- Menos que uma vez por semana
- Menos que uma vez por mês
- Já experimentei, mas já não fumo

12. Algum dos teus amigos fuma? Sim Não

13. Alguma das pessoas que vive contigo fuma? Sim Não

13.1. **Se respondeste Sim**, assinala quem. (Nesta questão podes colocar mais do que uma cruz!)

- Mãe
- Pai
- Irmã/Irmãos
- Padrasto/Madrasta
- Avó(s)/Avó(s)
- Outros familiares- tio(s)/primo(s)

14. Bebes ou alguma vez bebeste bebidas alcoólicas? Sim Não

14.1- **Se respondeste Sim**, assinala a frequência com que bebes bebidas alcoólicas:

- Várias vezes ao dia
- Uma vez por dia
- Algumas vezes por semana mas não todos os dias
- Menos que uma vez por semana
- Menos que uma vez por mês
- Já experimentei, mas já não bebo

15. Alguma vez bebeste bebidas alcoólicas até ficar embriagado? Sim Não

Se respondeste Não, passa para a questão 16.

15.1. Que idade tinhas quando te embriagaste pela primeira vez? |__|__| anos

15.2. Quantas vezes bebeste até ficar embriagado? |__|__| vezes Não sabe/não se lembra

16. Habitualmente tomas o pequeno-almoço? Sim Não

Se respondeste Não, passa para a questão 17.

16.1. Habitualmente, em que local tomas o pequeno-almoço?

em casa na escola Fora de casa (não na escola)

16.2. A que horas tomas o pequeno almoço? |__|__| : |__|__| (horas) : (minutos)

17. Durante o **período de aulas e numa semana**:

17.1. Quantas vezes almoças fora de casa? |__|__| vezes

17.2. Quantas vezes almoças na cantina escolar? |__|__| vezes

17.3. Quantas vezes almoças no bar da escola? |__|__| vezes

18. Indica o modo como é cozinhado, na maioria das vezes, a carne e o peixe que comes (escolhe apenas a opção mais frequente)

Carne:

- Cozida
- Grelhada
- Frita
- Assada
- Estufada

Peixe:

- Cozido
- Grelhado
- Frito
- Assado
- Estufado

20. Habitualmente, bebes ou comes produtos light ou dietéticos? Sim Não

20.1. Se respondeste Sim, indica qual ou quais:

21. Comes, habitualmente, mais do que uma vez por semana, comida fast-food? Sim Não

22. Quantas peças de fruta comes por semana? |__|__| peças de fruta

(Um sumo de laranja equivale a comer uma peça de fruta)

23. Com que frequência fizeste dieta (mudar o modo de comer para perder peso) **nos últimos 12 meses**?

- Nenhuma
- 1 a 4 vezes
- 5 a 10 vezes
- Mais de 10 vezes
- Estou sempre em dieta

24. Durante a **semana e no período de aulas**:

24.1. Habitualmente a que horas te deitas?

--	--

--	--

Horas

minutos

24.2. Habitualmente a que horas te levantas?

--	--

--	--

Horas

minutos

25. Durante o **fim de semana**:

25.1. Habitualmente a que horas te deitas?

--	--

--	--

Horas

minutos

25.2. Habitualmente a que horas te levantas?

--	--

--	--

Horas

minutos

26. Como te deslocas para a escola?

- a pé carro/mota ou transporte público Bicicleta

27. Quanto tempo demoras para chegar à escola?

- Menos de 15 minutos 15 a 30 minutos 30 a 60 minutos Mais de 60 minutos

28. Assinala a opção que melhor representa as tuas actividades durante os tempos livres **fora das horas letivas**:

- Passo a maior parte do tempo sentado
 Passo a maior parte do tempo de pé e/ou a andar
 Passo metade do tempo ativo e metade do tempo de pé sem outra actividade
 Passo a maior parte do tempo muito ativo (a correr, a jogar)

29. Durante o **fim de semana**, qual a actividade a que te dedicas durante mais tempo?

- Ver televisão, ouvir música, jogar computador
 Passear no shopping
 Caminhar
 Praticar desporto

30. Praticas alguma actividade desportiva extra-escolar durante 30 minutos ou mais?

- Nunca
 Menos de 1 vez por semana
 1 vez por semana
 2 a 3 vezes por semana
 4 a 6 vezes por semana
 Todos os dias

31. Se **és do género feminino** indica com que idade tiveste a primeira menstruação: |__|__| anos

Para terminar, peço-te agora que respondas a um questionário sobre os teus hábitos alimentares no último ano. No últimos 12 meses, modificaste a tua alimentação? Sim Não

Se sim, que modificações fizeste?

Anexo B - Índice KidMed

Itens e pontuação do Índice KidMed

+1 Consome fruta ou sumo de fruta diariamente;

+1 Consome vegetais frescos ou cozinhados regularmente uma vez por dia;

+1 Consome vegetais frescos ou cozinhados regularmente mais que uma vez por dia;

+1 Consome peixe regularmente (pelo menos 2 a 3 vezes por semana);

-1 Vai a restaurantes de fast-food (hamburgers) mais do que uma vez por semana;

+1 Gosta de leguminosas e consome-as mais do que uma vez por semana;

+1 Consome massa ou arroz quase todos os dias (5 ou mais vezes por semana);

+1 Consome cereais ou grãos (pão, etc.) ao pequeno-almoço*;

+1 Consome frutos secos com regularidade (pelo menos 2 a 3 vezes por semana);

+1 Utiliza azeite em casa;

-1 Salta o pequeno almoço;

+1 Consome um lacticínio ao pequeno-almoço (iogurte, leite, etc.)*;

-1 Consome produtos ou bolos processados ao pequeno almoço;

+1 Consome dois iogurtes e/ou algum queijo por dia (40g);

-1 Consome doces e sobremesas várias vezes ao dia;

+1 Consome vegetais frescos ou cozinhados regularmente uma vez por dia.

KidMed – Índice de Qualidade da Dieta Mediterrânica em crianças e adolescentes.

* Questões não incluídas na versão adaptada do índice KidMed.

Anexo C – Escala de Neofobia Alimentar

G10. Eu gosto de experimentar novos restaurantes étnicos (cozinha internacional)	<input type="radio"/>						
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------