



**Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública**

18º Curso de Mestrado em Saúde Pública

**Avaliação da literacia para a saúde e hábitos alimentares numa
amostra de adolescentes portugueses:**

**Projecto CrAdLiSa (Programa Nacional de Saúde Escolar – PNSE Estudo
em articulação com a Direção Geral de Saúde – DGS)**

Mirna Tavares de Lima Oliveira

Lisboa, 2017



**Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública**

18º Curso de Mestrado em Saúde Pública

**Avaliação da literacia para a saúde e hábitos alimentares numa
amostra de adolescentes portugueses:**

**Projecto CrAdLiSa (Programa Nacional de Saúde Escolar – PNSE Estudo
em articulação com a Direção Geral de Saúde – DGS)**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob a orientação científica do Professor
Dr. Luís Saboga-Nunes

Mirna Tavares de Lima Oliveira

Lisboa, 2017

AGRADECIMENTO

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, por me ter conduzido até aqui e me ter permitido ultrapassar inúmeros obstáculos e caminhos tortuosos ao longo deste percurso;

Em segundo lugar, à minha mãe, que apesar da distância geográfica, esteve sempre ao meu lado, apoiando-me em todos os momentos.

Em terceiro lugar, agradeço ao meu esposo, que do seu jeito manso e desinteressado, nunca se opôs à minha investida neste novo desafio.

Aos meus filhos, Rafael e Artur, que, dada a pouca idade, não compreendem o sacrifício que é abdicar do cuidado deles, em prol de um objetivo maior. A minha ausência é sentida não só por eles, mas por mim principalmente.

À minha sogra, pela preciosa ajuda com os meus filhos.

E a todos os amigos: os antigos, que me encorajaram a iniciar essa jornada, os novos que comigo fizeram este percurso; alguns ficaram pelo caminho e outros juntaram-se à caminhada. O meu agradecimento pelos momentos de estudo, de lazer e convívio, pelos conselhos e pelas risadas, e, principalmente, pela amizade que fica.

Um agradecimento especial ao meu orientador, Professor Saboga, que soube explorar as minhas potencialidades e tirar de mim capacidades de superação que eu mesma desconhecia. Obrigada pelos conselhos, pelo incentivo e ensinamentos.

A Dr^a Gregória VonAmn da Direção Geral de Saúde e à equipa que consigo atua no âmbito da saúde escolar, pela informação fornecida, pelos dados partilhados e pela facilitação que desenvolveram para o desenvolvimento do projeto CrAdLiSa.

Às equipas de saúde escolar que no terreno incansavelmente organizaram a divulgação do estudo, a recolha dos dados e a sua partilha, permitindo-me assim beneficiar de um enorme esforço em relação ao qual não há palavras para agradecer por todo o investimento realizado.

Um obrigado também às professoras Carla Nunes e Isabel Andrade, pela disponibilidade no trabalho estatístico e de normalização deste documento, respetivamente, ao responderem às minhas dúvidas, corrigir falhas e orientação providenciada.

DEDICATÓRIA

À minha mãe Maria pela força,
ao meu pai Hildo pela inspiração,
aos meus irmãos Hissa e Hildo Jr. pelo exemplo,
aos meus filhos Rafael e Artur pela motivação, e
ao meu marido Carlos Jorge pela compreensão.

RESUMO

A literacia para a saúde (LS) constitui um elemento-chave para o estabelecimento de medidas eficazes de promoção da saúde e qualidade de vida. Por isso, justifica-se o crescente interesse do meio académico e político sobre a temática da LS.

O presente estudo, articula-se com o atual Programa Nacional de Saúde Escolar da Direção-Geral de Saúde, ao contribuir para fazer o 1º diagnóstico dos níveis LS em adolescentes portugueses e avaliar a sua relação com a nutrição. Com recurso à metodologia CAWI, foram recolhidos 783 questionários, entre alunos dos 12 aos 21 anos de idade, que frequentam os estabelecimentos de ensino de Vila Franca de Xira e Setúbal, durante o ano letivo 2015-2016.

A análise dos dados permite-nos concluir que na amostra 61,6% tem níveis alto de LS (excelente e suficiente). Dos inquiridos, 26% consome sempre duas porções de vegetais e três porções de frutas, 34,7% faz quatro refeições diárias e 15,2% ingere mais de um litro e meio de água por dia. O IMC normal foi encontrado em 67,8% da amostra.

Da avaliação da LS e dos hábitos alimentares nesta amostra, verificou-se que correlação da LS com o número de refeições e com a ingestão de água. O consumo de vegetais e frutas e a ingestão de água correlacionaram-se com IMC. Outros estudos serão bem recebidos para aprofundar o papel que a LS pode desempenhar na promoção da saúde.

Palavras-chave: literacia para a saúde, adolescência, hábitos alimentares, estado nutricional.

ABSTRACT

Health literacy (HL) establish a key element to set effective steps to health promotion and quality of life. Therefore an increase of interest by academic and political stakeholders is today evident.

The current research, in an articulation with the Programa Nacional de Saúde Escolar da Direção-Geral de Saúde, contributes to the diagnose of Portuguese adolescents' health literacy and its connection with nutrition issues. Using a CAWI methodology, 783 students (with ages between 12 and 21 years) attending schools in Vila Franca de Xira and Setúbal, during the 2015/2016 school year, answered the survey.

The data analysis enables us to conclude that in this sample, 61,6% have high levels of LS (excellent and sufficient). Regarding eating habits 26% eat two servings of vegetables and three servings of fruits, 34,7% stated that they have four daily meals and 15,2% drink more than 1,5 liters of water a day. Normal BMI (body mass index) was found in 68,8% of the participants.

HL is associated with the number of meals and the ingestion of water. The consumption of vegetables and fruits and water intake are associated with the BMI. Further research is needed to deepen HL role in health promotion strategies.

Key words: health literacy, teen, eating habits, nutrition

Índice

AGRADECIMENTO	iii
DEDICATÓRIA	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
Índice de figuras	ix
Índice de gráficos	x
Índice de tabelas.....	xiii
Lista de abreviaturas.....	xiv
Introdução.....	1
Capítulo 1. Estado da arte	9
1.1. Promoção da saúde e Saúde Pública	9
1.2. A Literacia para a Saúde (LS) e contexto em Portugal	12
1.3. Alimentação e padrões de consumo alimentar	18
1.4. Parâmetro antropométrico para avaliação do estado nutricional, o cálculo do índice de massa corporal	30
1.5 Desenvolvimento infanto-juvenil.....	32
Capítulo 2. Metodologia.....	37
2.1. Definição do Problema.....	37
2.2. Pergunta de Investigação.....	37
2.3. Hipóteses de investigação	37
2.4. Objetivos	38
Objetivo geral	38
Objetivos específicos	38
2.5. Construção do modelo de análise.....	39
2.6. Desenho do estudo	43
2.7. População e amostra	44
2.8. Técnica de recolha de dados.....	45
2.9. Técnica de tratamento de dados.....	46
Capítulo 3. Resultados	47
3.1. Análise descritiva.....	47
Caracterização da amostra.....	49
Caracterização das variáveis.....	51

3.2. Análise estatística inferencial.....	55
3.2.1. Análise da relação entre a literacia para saúde (LS) segundo género, idade e escolaridade.....	57
3.2.2. Análise da relação entre os indicadores de hábitos alimentares (HA) segundo género, idade e escolaridade.....	59
3.2.3. Análise da relação entre Índice de massa corporal (IMC) segundo género, idade e escolaridade.....	65
3.2.4. Análise da relação entre as variáveis dependentes (LS e IMC) e as variáveis independentes (hábitos alimentares e IMC).....	68
3.2.5. Análise da consistência das respostas dos indicadores nº de refeições realizadas e ingestão de água.....	73
3.2.6. Análise da relação entre as variáveis LS, HA, e IMC de acordo com área de residência.....	74
Capítulo 4. Discussão.....	77
Capítulo 5. Conclusões.....	93
Recomendações.....	99
Referência bibliográfica.....	103
Anexos.....	113
Anexo 1. Comunicação em Poster associado a esta dissertação.....	113
Anexo 2. Questionário.....	115
Anexo 3. Tabelas estatísticas.....	121

Índice de figuras

Figura 1. Níveis de Literacia em saúde em Portugal e nos países participantes no HLS_EU (%) de acordo com os dados do terceiro estudo sobre a LS realizado em Portugal em 2016	17
Figura 2: Análise comparativa dos níveis de LS em Portugal em relação a média europeia.....	18
Figura 3. Valores de referência para a ingestão de água proveniente de bebidas (litro/dia).....	28
Figura 4. Classificação do IMC em percentis	31
Figura 5. Mapa do IMC 5-19 anos para rapazes	31
Figura 6 Mapa do IMC 5-19 anos para raparigas.....	31
Figura 7. Síntese da avaliação da literacia para a saúde, e suas relações com os hábitos alimentares e o estado nutricional dos adolescentes portugueses.	39
Figura 8: Modelo conceptual da Literacia para a saúde HLS-EU-PT®.....	40
Figura 9. Escala de classificação dos níveis de literacia para a saúde (LS).....	40
Figura 10. Pontos de corte dos percentis de IMC das curvas de crescimento WHO, 2007, por género e idade.....	41
Figura 11. Itens do questionário avaliados como indicadores de hábitos alimentares (HA).....	42
Figura 12. Classificação das variáveis do estudo.....	43
Figura 13. Alunos matriculados nos Ensinos Básico e Secundário, total e por nível de ensino, dos municípios estudados	45
Figura 14. Alunos matriculados na Área Metropolitana de Lisboa por ano de escolaridade	45

Índice de gráficos

Gráfico 1. Distribuição dos alunos de acordo com o género	49
Gráfico 2. Distribuição dos alunos quanto ao género por ano de escolaridade	50
Gráfico 3. Distribuição dos alunos de acordo com a idade.....	50
Gráfico 4. Distribuição dos alunos de acordo com o ano de escolaridade.....	51
Gráfico 5. Distribuição dos alunos de acordo com a área de residência	51
Gráfico 6 Distribuição dos alunos de acordo com os níveis de LS em Bom e Limitado	52
Gráfico 7. Distribuição dos alunos de acordo com o IMC.....	52
Gráfico 8. Distribuição dos alunos de acordo com o consumo 2 porções de vegetais e 3 de frutas diariamente	53
Gráfico 9. Distribuição dos alunos de acordo com o número de vezes que acha que deve comer.....	53
Gráfico 10. Distribuição dos alunos de acordo com o número de vezes que come.....	54
Gráfico 11. Distribuição dos alunos de acordo com a quantidade de água que pensa que deve beber diariamente	55
Gráfico 12. Distribuição dos alunos de acordo com a quantidade de água que bebe habitualmente	55
Gráfico 13. Distribuição dos alunos de acordo com os níveis de LS por género	58
Gráfico 14. Distribuição dos alunos de acordo com os níveis de LS por idade.....	58
Gráfico 15. Distribuição dos alunos de acordo com os níveis de LS por escolaridade	59
Gráfico 16. Distribuição dos alunos de acordo com o consumo 2 porções de vegetais e 3 de frutas por género.....	60
Gráfico 17. Distribuição dos alunos de acordo com o número de refeições por género	60
Gráfico 18. Distribuição dos alunos de acordo com a ingestão de água por género ...	61
Gráfico 19. Distribuição dos alunos de acordo com o consumo 2 porções de vegetais e 3 de frutas por idade.....	62
Gráfico 20. Distribuição dos alunos de acordo com o número de refeições por idade.	62

Gráfico 21. Distribuição dos alunos de acordo com a ingestão de água por idade.....	63
Gráfico 22. Distribuição dos alunos de acordo com o consumo 2 porções de vegetais e 3 de frutas por escolaridade.....	64
Gráfico 23. Distribuição dos alunos de acordo com o número de refeições por escolaridade	64
Gráfico 24. Distribuição dos alunos de acordo com a ingestão de água por escolaridade	65
Gráfico 25. Distribuição dos alunos de acordo com o IMC por género	66
Gráfico 26. Distribuição dos alunos de acordo com o IMC por idade	66
Gráfico 27. Distribuição dos alunos de acordo com o IMC por escolaridade	67
Gráfico 28. Distribuição dos níveis de LS de acordo com o consumo de 2 porções de vegetais e 3 de frutas.....	68
Gráfico 29. Distribuição dos níveis de LS de acordo com o número de refeições	69
Gráfico 30. Distribuição dos níveis de LS de acordo com a ingestão de água	70
Gráfico 31. Distribuição dos níveis de LS de acordo com o IMC	70
Gráfico 32. Distribuição do consumo de 2 porções de vegetais e 3 de frutas de acordo com o IMC	71
Gráfico 33. Distribuição do número de refeições de acordo com o IMC	72
Gráfico 34. Distribuição da ingestão de água de acordo com IMC	72
Gráfico 35. Distribuição dos alunos de acordo com a relação entre o número de vezes de acha que deve comer e que come	73
Gráfico 36. Distribuição dos alunos de acordo com a relação entre a quantidade de água que pensa que deve beber e a quantidade que bebe habitualmente	74
Gráfico 37. Distribuição dos alunos de acordo com a LS por área de residência	75
Gráfico 38. Distribuição dos alunos de acordo com o IMC por área de residência. Erro! Marcador não definido.	
Gráfico 39. Distribuição dos alunos de acordo com o consumo de 2 porções de vegetais e 3 de frutas por área de residência	75
Gráfico 40. Distribuição dos alunos de acordo o número de refeições por área de residência	75

Gráfico 41. Distribuição dos alunos de acordo com a ingestão de água por área de residência	76
---	----

Índice de tabelas

Tabela 1 Síntese descritiva da amostra	48
Tabela 2. Teste de Correlação de Spearman entre as variáveis dependentes, independentes e de atributo.....	56
Tabela 3. Coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis dependentes, independentes e de atributo.....	56
Tabela 4. Coeficiente de correlação do Qui-Quadrado (χ^2)	57
Tabela 5. Teste de Correlação do Qui-Quadrado (χ^2) das variáveis LS, HÁ e IMC por área de residência	74

Lista de abreviaturas

LS – Literacia para a saúde

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

DGS – Direção-Geral de Saúde

AML – Área Metropolitana de Lisboa

VFX – Vila Franca de Xira

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa

HLS-EU-PT – Health Literacy Survey in Portuguese

CrAdLiSa (Projeto) – Incrementando nas Crianças e adolescentes a Literacia para a Saúde

CAWI - Computer-assisted web interviewing

IMC – índice de massa corporal

HA – Hábitos alimentares

INSA – Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge

EUA – Estados Unidos da América

BAP – Balança Alimentar Portuguesa

PNPAS – Programa nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

OMS – Organização Mundial de Saúde

IMRD – Introdução, Método, Resultado e Discussão

APCOI – Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil

HP – Health Promotion (Promoção da Saúde)

HE – Health Education (Educação para a saúde)

DALY – Disability adjusted life years

GBD – Global burden disease

IHME – The Institute for health metric and evaluations

EFSA – European food safety authority

APN – Associação Portuguesa de Nutricionistas

NCHS – National Center for health statistics

CDC – Center for disease control and prevention

MGRS – Multicenter growth reference study

ONU – Organização das Nações Unidas

P15 – Percentil 15

P85 – Percentil 85

IAN-AF – Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física

IOTF - International Obesity Task Force

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins estatísticos

Introdução

O presente estudo, articula-se com o atual Programa Nacional de Saúde Escolar da Direção-Geral de Saúde, ao contribuir para fazer o diagnóstico dos níveis literacia para a saúde (LS) em adolescentes portugueses, e, avaliar a sua relação com aspetos ligados à nutrição. Investigadores do meio académico e políticos das mais diversas áreas têm debatido a importância e relevância da literacia para a saúde (LS). A literacia tem sido recorrentemente referida como estruturante na construção das sociedades democráticas atuais(1). “Pessoas com baixo nível de literacia e com doenças crónicas são menos capazes de cuidar de si, fazendo mais uso dos serviços de saúde”(2). Segundo os últimos estudos do Instituto Nacional de Saúde – INSA, 12% das crianças portuguesas com pelo menos 10 anos já tem pelo menos um caso de diabetes na família, 22,8%, tem um caso na família de hipertensão e 29,1% de excesso de colesterol(3), números que apontam para risco de doenças crónicas virem a surgir em idades cada vez mais precoces. A infância e adolescência é, assim, um período decisivo para promover a LS e capacitar os indivíduos para cuidar melhor da sua saúde.

A literacia para a saúde (LS) traduz-se num conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde(4). O conceito de literacia para a saúde aqui utilizado é fruto do consenso desenvolvido por um grupo de peritos que debateu a sua expressão em Português, definindo-o como a “conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à promoção da saúde”(2)(4). Este conceito é também adotado pelo Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) 2015, da Direção Geral de Saúde (DGS) que estende o seu alcance à cura e prevenção da doença(4).

Numa análise secundária, Saboga-Nunes ressalta que os conceitos de literacia para a saúde diferem bastante, consoante a abordagem utilizada e o uso de diferentes modelos de compreensão da saúde. Para este autor, basear a exploração da LS na abordagem salutogénica, permite um conceito mais amplo, o que torna o tema ainda mais pertinente para o campo da promoção da saúde, e relevante para outros setores como a educação e as políticas de saúde(2). O conceito de LS surgiu na literatura pela primeira vez em 1974, e somente 20 anos depois foi integrado em outros setores(5). Há evidências da relação existente entre a LS e os resultados em saúde, no entanto, o

debate ainda persiste sobre o que realmente constitui a LS, como ela é medida e como os níveis de LS podem ser melhorados(5).

O documento sobre literacia em saúde e promoção da saúde apresentado na 7ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde, em Nairobi (Quênia) caracteriza a Educação para a Saúde assumindo que tanto a saúde como a literacia para a saúde (por vezes também designada por alfabetização ou letramento em saúde¹ no contexto Brasileiro) são recursos críticos para a vida diária, e que o nível de educação (escolaridade) tem implicação direta na capacidade de atuar sobre as informações de saúde e no controle sobre a saúde, em todos os níveis, individual, familiar e comunitário(5). As habilidades cognitivas e sociais necessárias para alcançar um nível adequado de literacia podem ser desenvolvidas através da educação formal ou de experiências pessoais informais(6).

“A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde e coloca a saúde na agenda dos decisores políticos em todos os sectores e níveis, encaminhando-os para estarem conscientes das consequências das suas decisões para a saúde e aceitarem as suas responsabilidades em matéria de saúde”(7). Saboga-Nunes refere estudos sobre o impacto da baixa LS nos custos dos sistemas de saúde, nos quais os economistas em saúde estimam que nos EUA esse valor possa chegar aos 73 biliões de dólares por ano e na Suíça a 1.5 biliões de francos suíços por ano(1). O desenvolvimento pessoal e social que possibilita às pessoas exercerem maior controle sobre a sua própria saúde e sobre o ambiente em que convivem, tem apoio na promoção da saúde, através do fornecimento de informações, educação para a saúde e melhoria das competências para a vida, de forma a aumentar as opções disponíveis de escolhas conducentes à saúde(7).

Como justifica Nutbeam 2008, a educação para a saúde deve passar também por aumentar a consciencialização dos indivíduos sobre os determinantes sociais da saúde e orientar ações que promovam a modificação desses determinantes e não apenas focada para a alteração dos estilos de vida e melhoria na gestão da doença(6). A LS é, portanto, o resultado dessa educação e da comunicação, e não um fator de influência para o resultado. Sendo a LS composta por três estágios que evoluem da LS funcional, na qual há conhecimento e compreensão, passando para a LS crítica, na qual se materializa a consciencialização dos determinantes sociais da saúde,

¹ Alfabetização ou letramento em saúde: Palavras utilizadas no Brasil para traduzir o termo inglês “Health Literacy”, ainda em debate.

chegando à LS interativa, que permite a modificação desses determinantes e a promoção da saúde(6), encontra-se um vasto leque de reflexão.

A avaliação do nível de literacia da população tem sido um desafio. Muito já se avançou em modelos de avaliação da literacia em saúde dirigidos para a população adulta, que requerem habilidades prévias de leitura, escrita e matemática, não sendo de todo adequados ao público infantil e adolescente. A triagem preliminar da literatura destaca a lacuna atual, inconsistências e limitações substanciais na medição da LS numa população infantil e adolescente(8). Estudos preliminares recentes da revisão da literatura sugerem que a evidência de definições, conceitos e modelos de LS em crianças/adolescentes é insuficiente quando se aborda a questão do ponto de vista de saúde pública(9) e provavelmente serão necessárias ferramentas de medição da LS diferentes para diferentes idades e fases da vida(6). Parece evidente que os fatores de desenvolvimento infantil, as relações intergeracionais e de poder, a imagem das crianças e adolescentes e o seu papel como cidadãos ativos na comunidade e nos contextos sociais (isto é, cuidados de saúde e escola) devem ser considerados ao abordar a LS nestes grupos-alvo(9). Este trabalho de investigação visa contribuir para esta exploração que olha para a aplicação de uma das ferramentas existentes de avaliação da LS a um grupo de adolescentes portugueses e de que modo pode isso servir para a promoção da sua saúde.

Alimentação e padrões de consumo alimentar

Com este estudo procura-se ponderar também as relações que se estabelecem entre a LS e os hábitos alimentares dos adolescentes portugueses.

O consumo alimentar, de acordo com os dados da Balança Alimentar Portuguesa (BAP), do período de 2008-2012, apresenta uma distorção do padrão alimentar quanto à distribuição dos diferentes grupos alimentares preconizados pela roda dos alimentos. O grupo dos hortícolas e dos frutos é o que apresenta maior défice de consumo a par do grupo das leguminosas(10).

Os hábitos alimentares inadequados constituem o primeiro fator de risco de perda de anos de vida(10). O resultado apresentado no Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – PNPAS 2014, verificou que crianças com mães menos escolarizadas apresentam uma probabilidade inferior de consumir cinco ou mais porções de frutas e hortícolas(10). O uso excessivo da internet e a exposição aos média sociais, segundo Whitehead têm desempenhado um importante fator no

despertar de preocupações com a imagem corporal, principalmente entre as raparigas(11).

O desenvolvimento de métodos de medição da LS em crianças e adolescentes é agora o ponto-chave para servir de base para o planeamento de estratégias de prevenção primária e promoção da saúde, concebidas e dirigidas especificamente para este público-alvo, com base em instrumentos de medição válidos(12). Na 7ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde, em Nairobi, foram citados vários estudos que examinaram a relação entre os fatores que preveem a baixa escolaridade em saúde e os resultados subsequentes de saúde. Por exemplo, um estudo realizado em 2007, no Reino Unido, indicou que a baixa escolaridade em saúde está associada a resultados de saúde mais pobres, e cada aumento incremental para uma maior escolaridade em saúde está associado a uma maior probabilidade de adotar um estilo de vida saudável, especificamente no que se refere a comer pelo menos cinco porções de frutas e verduras por dia e não ser fumador(5).

De acordo com o documento sobre literacia em saúde e promoção da saúde apresentado na 7ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde, em Nairobi, vários são os fatores que tornam a LS relevante tanto do ponto de vista individual, como coletivo. A nível individual, os fracos resultados em saúde estão associados à educação e também à etnia e à idade. Um estudo de coorte prospetivo realizado nos Estados Unidos mostrou que pessoas com LS inadequada têm um risco de mortalidade superior em 50 a 80%, comprovando que a baixa LS é um indicador mais forte do risco de mortalidade do que os anos de escolaridade geral. Outro fator está relacionado com as taxas crescentes de doenças crónicas, onde a LS tem um papel crucial na autogestão dessas doenças. Para uma autogestão eficaz, os indivíduos devem ser capazes de compreender e avaliar informações de saúde, como a ingestão de medicamentos, um plano alimentar, ou alterações de estilo de vida. Em 2003, o Instituto de Medicina apresentou como condição necessária para a auto gestão ativa dos pacientes, a melhoria da LS(5).

Do ponto de vista coletivo, podemos citar o grande número de pessoas afetadas, os custos dos cuidados de saúde e a equidade. De acordo com o Instituto de Estatística da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), é grande o número de pessoas que carecem de habilidades básicas de alfabetização. Estima-se que 16% da população adulta mundial não tem habilidades básicas de alfabetização, e destes cerca de dois terços são mulheres(5). Estudos realizados na Europa, Austrália, América Latina e em muitos outros países comprovam que os baixos índices de alfabetização estão relacionados com um pior estado de

saúde e que esta também constitui uma desvantagem económica. Aliás, a fraca escolaridade pode ser também um impedimento ao envolvimento pleno dos indivíduos na sociedade e ao alcance dos objetivos de vida(5).

A medição do impacto da baixa LS nos custos dos cuidados de saúde é uma tarefa difícil, dada a complexidade do conceito de LS e da insuficiente disponibilidade de dados sobre a escolaridade. No entanto, vários estudos surgiram relacionando a baixa LS com índices mais elevados de hospitalização do que aqueles com adequada LS e concluíram que esse aumento do tempo de hospitalização poderia estar associado a um maior uso de recursos por aqueles com competências limitadas em saúde(5).

Parâmetro antropométrico para a avaliação do estado nutricional o cálculo do índice de massa corporal

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) de 2013, ainda em vigor, adota como parâmetro antropométrico para a avaliação do estado nutricional o cálculo do índice de massa corporal (IMC) e tem como padrão as curvas de crescimento preconizadas pela OMS, que incluem a faixa etária dos 5 aos 19 anos(13). Estas curvas resultam de um estudo multicêntrico realizado entre as seis principais regiões do mundo, que permitiu a adaptação dos padrões de crescimento da criança aos pontos de corte de sobrepeso e obesidade dos adultos, independentemente da etnia ou estatuto socioeconómico(13).

Em Portugal, a área da saúde escolar contribui para elevar o nível de LS, incentiva a diversidade das práticas e envolve toda a comunidade educativa no processo de capacitação em torno de um objetivo comum. Conhecer o nível de LS, avaliar os determinantes sociais e de saúde envolvidos e ter uma visão sistémica da interação entre todos os componentes, retrata a abordagem holística dos princípios da Carta de Otava que incidem no processo de promoção da saúde(4).

O PNSE propõe que a soma entre saúde e educação resulte em literacia para a saúde e decisões responsáveis(4), e foi dentro deste contexto que o presente trabalho de investigação foi realizado, no âmbito da candidatura ao grau de Mestre em Saúde Pública, com o objetivo principal de conhecer o nível de literacia para a saúde (LS) de uma amostra de adolescentes portugueses e perceber até que ponto o nível de LS influencia ou não os hábitos alimentares e o estado nutricional. Os hábitos alimentares foram medidos a partir de indicadores indiretos de consumo de vegetais e frutas, número de refeições realizadas por dia e ingestão de água. O diagnóstico do estado nutricional desses adolescentes foi realizado através do cálculo do índice de

massa corporal (IMC) classificado de acordo com as curvas de crescimento recomendados pela OMS (WHO, 2007) para a faixa etária de 5 a 19 anos, adotado pela DGS a partir de 2013 no novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ)(14).

Questão e objetivos de investigação

A investigação aqui proposta pretende dar resposta à questão: existe uma relação entre o nível de literacia para a saúde, os hábitos alimentares e o estado nutricional dos adolescentes portugueses?

Em caso afirmativo procurar-se-á explorar o sentido e força dessa relação. Apresentam-se como objetivos específicos da investigação:

- conhecer o nível de LS dos adolescentes portugueses;
- descrever os hábitos alimentares desses adolescentes em termos de frequência de consumo alimentar, independentemente da quantidade e variedade, a partir de indicadores de consumo de alguns grupos alimentares e da ingestão de água;
- identificar o consumo de frutas e hortícolas da amostra;
- analisar o número de refeições diárias realizadas pelos adolescentes;
- identificar a quantidade de água ingerida pelos adolescentes;
- identificar o estado nutricional atual dos adolescentes;
- perceber se existem diferenças do nível de LS entre os géneros;
- perceber se existem diferenças do nível de LS entre os adolescentes de anos de escolaridade diferentes;
- relacionar o nível de LS com os hábitos alimentares;
- relacionar o nível de LS com o estado nutricional;
- relacionar os hábitos alimentares com o estado nutricional.

De modo a cumprir o objetivo proposto, o trabalho encontra-se estruturado em duas partes distintas, a primeira dedicada ao referencial teórico sobre a temática da literacia e uma segunda parte onde se apresentam e discutem os resultados obtidos a partir da aplicação de um questionário. São elencados cinco capítulos de acordo com as normas científicas (IMRD)(15).

A introdução deste trabalho é dedicada à revisão da literatura e está subdividida em cinco partes. Começa com uma visão geral da promoção da saúde na Saúde Pública. Na segunda parte, é apresentado o panorama da LS em Portugal. A terceira parte expõe o enquadramento da condição de adolescente, suas características e desafios. Na quarta e quinta parte, são abordados os hábitos alimentares e o estado nutricional, respetivamente; os hábitos alimentares (HA) são examinados sob três

aspectos: frequência do consumo de vegetais e frutas, número de refeições diárias e ingestão habitual de água; o estado nutricional é visto pela perspectiva do IMC, considerando três grupos: os que apresentam IMC normal e os que estão acima e abaixo dessa faixa de normalidade assumida.

O capítulo dois é destinado à metodologia e nele pretende-se estabelecer um quadro teórico que explique a problemática a partir do desenho de estudo escolhido para a população que se propôs estudar. No terceiro capítulo são apresentados as características da amostra e os resultados derivados da análise estatística aplicadas às variáveis de estudo (LS, HA e IMC). A discussão dos resultados, no capítulo quatro, parte da informação apresentada para tentar produzir novo conhecimento, à luz do referencial científico existente. As conclusões fecham o quinto e último capítulo, enunciando os principais resultados e eventuais contribuições que o estudo fornece à resolução ou melhor gestão da problemática evidenciada, destacando as limitações ocorridas no desenvolver do trabalho para potencializar investigações futuras na mesma área.

Na parte final desta dissertação, apresentam-se as referências bibliográficas utilizadas para a elaboração desta investigação e, em anexo, o póster associado a esta dissertação, excertos do questionário utilizado e as tabelas estatísticas.

Capítulo 1. Estado da arte

1.1. Promoção da saúde e Saúde Pública

A promoção da saúde é o processo que permite às pessoas aumentar o controlo e melhorar sua saúde(7). A Carta de Ottawa, assinada na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, permanece até aos dias de hoje como um guia orientador para o trabalho em promoção da saúde, integrando o corpo teórico de referência da saúde pública(16). Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com o ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida quotidiana(7), reconhecida como um direito humano fundamental(16).

A saúde é um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Portanto, a promoção da saúde não é apenas responsabilidade do setor da saúde, mas inclui estilos de vida saudáveis e o bem-estar global(7). Ter saúde é um importante recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal e uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem favorecer ou prejudicar a saúde. A ação de promoção da saúde visa tornar estas condições favoráveis através da defesa da saúde(7).

Ainda antes da Carta de Ottawa, a saúde pública ganhou um importante contributo na construção de uma nova abordagem a partir de documentos estruturantes, como o Relatório Lalonde, do Ministro da Saúde do Canadá (1974), que introduziu o conceito de campo da saúde e estruturou os pilares da saúde em quatro grandes grupos: fatores genéticos e biológicos, estilos de vida, fatores ambientais e serviços de saúde. A saúde e a doença são o resultado da interação desses quatro elementos(17). Em 1978, a Conferência de Alma-Ata torna-se um marco rumo à promoção da saúde por considerar a saúde não uma finalidade em si mesma mas “um recurso que deve estar ao alcance de todos para o desenvolvimento progressivo das comunidades” (International Conference on Primary Health Care, 1978) (17).

A teoria da salutogénese² de Abraham Antonovsky vem reforçar os conceitos de saúde e bem-estar bio-psico-social através do desenvolvimento das capacidades e resistências dos indivíduos e dos grupos para lidar de forma positiva com os fatores

² Salutogénese: termo usado para definir uma teoria baseada nos fatores determinantes, promotores e protetores da saúde contrariando a teoria patogénica que tinha como base a doença, suas causas e tratamento.

adversos da vida (Antonovsky, 1979), em contraste com a visão patogénica da saúde, cujo foco é a doença no percurso dos níveis de prevenção(17).

O estudo sobre estilos de vida e saúde de Belloc e Breslow (18) enumera alguns fatores protetores da saúde, como: sete a oito horas de sono, tomar o pequeno-almoço, raramente ou nunca comer entre as refeições, ter um peso adequado para a altura, não ser fumador, não ingerir bebidas alcoólicas ou com moderação, praticar regularmente atividade física. O estudo sublinha que há maior probabilidade de se produzir a mudança de um comportamento quando este se encontra num estágio precoce de desenvolvimento e ainda não está profundamente enraizado nos padrões culturais(17). Este conceito amplo do campo da saúde é também exposto por Nutbeam ao referir a necessidade de um entendimento mais profundo do potencial da educação no reforço das ações políticas, a fim de garantir que o conteúdo da saúde não fique restrito somente à saúde pessoal, mas inclua também os determinantes sociais da saúde(6).

Em 2007, a Comissão da OMS sobre os Determinantes Sociais da Saúde publicou um documento que identificava a LS como elemento-chave indicador de desigualdades na saúde tanto em países ricos como em pobres(6). Segundo Parker 2000, não é surpreendente que o baixo nível de literacia de uma população tenha ligação direta e indireta com uma série de maus resultados em saúde(6). A alteração dos padrões de vida, trabalho e lazer tem um impacto significativo na saúde. Trabalho e lazer devem ser uma fonte de saúde para as pessoas. A forma como a sociedade organiza o trabalho deve ajudar a criar uma sociedade saudável. A promoção da saúde gera condições de vida e de trabalho que são seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis (7).

No passado recente, a LS ganhou atenção renovada dentro e fora dos cuidados de saúde e foi reconhecida como um alvo promissor para a promoção da saúde/prevenção de doenças(19). A promoção da saúde funciona através de uma ação comunitária concreta e eficaz na definição de prioridades, na tomada de decisões, no planeamento de estratégias e na sua implementação para alcançar uma melhor saúde. No centro deste processo está o empoderamento das comunidades, a sua propriedade e controlo de seus próprios empreendimentos e destinos(7).

A Carta de Ottawa destaca como compromissos para com a Promoção da Saúde: a implementação de políticas públicas saudáveis e a equidade em todos os setores; o reconhecimento das pessoas como o principal recurso de saúde; o reconhecimento da saúde e a sua manutenção como um importante investimento e

desafio social(7). Reduzir as iniquidades em saúde, através de intervenções sobre os grandes determinantes sociais, em particular sobre a pobreza, a exclusão social e a iliteracia, é hoje um imperativo não só para os sistemas de saúde, mas para toda a sociedade(16). A redução do gradiente social em saúde, através da intervenção sobre os designados determinantes sociais, deve estar hoje no centro das nossas preocupações(16).

A obesidade infantil constitui, na atualidade, um dos mais sérios desafios de saúde pública, tendo atingido níveis epidêmicos em vários países do mundo(12). Em Portugal, uma em cada três crianças tem este problema de saúde. Segundo o estudo 2013-2014 da APCOI, que avaliou 18.374 crianças (uma das maiores amostras neste tipo de investigação), 33,3% das crianças entre os 2 e os 12 anos tem excesso de peso, 16,8% das quais é obesa. De acordo com a Comissão Europeia, Portugal está entre os países da Europa com maior número de crianças afetadas por esta epidemia³(3). Contudo, para que os cidadãos possam assumir um papel ativo na defesa da saúde, será necessário garantir o acesso à informação no domínio da saúde e promover a capacidade de compreensão e leitura crítica da informação disponível(16).

A Carta de Ottawa propôs-nos uma visão: saúde e bem-estar para todos, através da promoção da literacia e do *empowerment* das pessoas e comunidades, condição essencial para que estas sejam capazes de agir, de modo consciente e informado, sobre os fatores determinantes da saúde(16). Permitir que as pessoas aprendam, ao longo da vida, para se preparar para todas as suas fases e para lidar com doenças crónicas e lesões é essencial. Isto tem de ser facilitado na escola, em casa, no trabalho e na comunidade(7). Sancho et al. 2014, citado por Filipe 2016, classifica e enumera os fatores determinantes da saúde cuja mudança pode contribuir para a melhor gestão do peso(20). De entre os fatores comportamentais estão a ingestão alimentar/aporte nutricional, ambiente das refeições, influência parental na escolha e ingestão alimentar, atividade física e sedentarismo e padrões de sono. Os fatores ambientais incluem a família, a escola e a comunidade e entre os sociais destaca o estatuto socioeconómico e as literacias(20). Estes são fatores essenciais que exigem atuação urgente, dados os resultados atuais nacionais e internacionais da prevalência da obesidade infantil.

³ Nota do autor: Apesar de a obesidade ser descrita em muitos documentos como uma epidemia, o autor acredita que o termo não é apropriado, uma vez que em casos de epidemias são acionados vários mecanismos que limitam a vida e a liberdade dos cidadãos. Fato que não se verifica no atual estado de “epidemia” da obesidade que referem estar a viver.

O desenvolvimento de medidas de prevenção primária e promoção da saúde deve ter como alicerce a literacia para a saúde (LS) dirigida às crianças e adolescentes. A falta de modelos e ferramentas torna difícil o desenvolvimento de medidas eficazes de prevenção e promoção da saúde para esta faixa etária(12).

A promoção da saúde centra-se na obtenção de equidade na saúde. A ação de promoção da saúde tem por objetivo reduzir as diferenças no estado de saúde atual e garantir a igualdade de oportunidades e de recursos para permitir que todas as pessoas alcancem o seu maior potencial de saúde(7). Isso inclui uma base segura num ambiente de apoio, acesso a informação, habilidades para a vida e oportunidades para fazer escolhas saudáveis. As pessoas não podem alcançar o seu potencial mais completo de saúde a menos que sejam capazes de assumir o controlo das coisas que determinam a sua saúde(7). A promoção da saúde tem dirigido muitos esforços no sentido de reforçar o aumento do consumo de frutas e legumes devido aos benefícios de ganhos em saúde(21).

Do ponto de vista da Saúde pública, a baixa LS sugere que uma doença evitável possa emergir e prolongar-se no tempo, uma vez que os indivíduos com LS limitada terão maiores dificuldades na gestão da doença, nomeadamente na interpretação das informações de saúde sobre a redução dos riscos e sintomas relacionados a doença(22).

1.2. A Literacia para a Saúde (LS) e contexto em Portugal

“A literacia para a saúde é um indicador mais forte da saúde do que a idade, renda, emprego, educação ...”(22). A definição de Sorensen de LS propõe um modelo integrado da visão médica e de saúde pública e mantém como características comuns às outras definições o foco nas habilidades individuais para aceder, processar e compreender a informação de saúde e os serviços necessários para a correta tomada de decisão. Acrescenta ainda a interação dos serviços com as competências individuais durante as diferentes fases da vida(16).

“A literacia para a saúde está ligada à alfabetização e implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para acederem, compreenderem, avaliarem e aplicarem as informações de saúde, a fim de fazerem julgamentos e tomarem decisões na vida quotidiana relativas à saúde, à prevenção de doenças e à promoção da saúde para manter ou

melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida”
(Sorensen 2012).

Em linha com Sorensen, para Saboga-Nunes, definir a LS como uma competência clínica é redutor, pois os cidadãos precisam de competências adicionais para cuidar da sua saúde(2). O PNSE refere um conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos em relação a uma adequada gestão dos determinantes da saúde, ao acesso e compreensão de fontes de informação credíveis e de qualidade, de modo a otimizar a forma de comunicar e a utilizar os recursos de saúde(4). A Literacia para a saúde (LS) é atualmente reconhecida como um instrumento pertinente para a promoção da saúde(1), prova disso é que o PNSE em vigor tem entre os seus objetivos: elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa; minimizar os riscos para a saúde; promover a saúde, prevenir a doença e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos estudantes(4).

O termo literacia em saúde foi usado pela primeira vez no contexto da educação em saúde há mais de trinta anos(5). A Literacia para a saúde (LS) é um importante determinante social da saúde e considerado um alvo promissor para a promoção da saúde(23). No passado, a maior parte da pesquisa sobre LS foi realizada em ambiente de cuidados de saúde e tem feito uso, principalmente, de definições de saúde restritas a um significado orientado para a doença. Grande parte do debate contemporâneo sobre LS, no entanto, indica, claramente, que os conceitos alternativos de saúde são muito mais apropriados(23). A saúde pública esforça-se para redefinir e ampliar a LS através de uma visão holística da saúde(23), onde a LS pode ser vista como uma “reconstrução crítica” a medida que engloba a pesquisa sobre os determinantes da saúde, respeitando o contexto social e individual de cada um(24).

A investigação sobre os determinantes da saúde refere que a LS tem um impacto significativo na qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos quando as sociedades atravessam condições adversas(2). Assim sendo, a LS é considerada como um dos recursos que desempenha um papel relevante no incremento da resiliência e bem-estar individual(2). Embora os elementos que definem a LS variem bastante conforme os autores, em resumo todos eles dizem respeito a capacidades cognitivas, competências e comportamentos que traduzem a capacidade dos indivíduos para desempenhar diferentes papéis dentro do sistema de saúde(16).

A LS é formatada a partir de determinantes sociais e ambientais que podem ser caracterizadas em determinantes de contexto e pessoais(2). Um exemplo de determinante de contexto pode ser o hábito de comer diante da televisão, o que

influencia negativamente a alimentação(25). Uma revisão sistemática em 2010 verificou uma associação de 85% entre o consumo alimentar e o hábito de ver televisão como rotina de crianças e adolescentes, e uma associação com a obesidade em 60% dos artigos revistos. Além deste, outro estudo realizado com crianças entre os 6 e 10 anos refere que um tempo superior a três horas em frente do televisor constitui um fator de risco para o sobrepeso infantil(26).

De modo sucinto, a Carta de Ottawa apresenta-nos três estratégias para uma nova saúde pública: advogar para defender os interesses da saúde pública em face de outros interesses; capacitar para promover a literacia e a capacitação das pessoas, famílias, grupos e populações para que estes sejam capazes de fazer escolhas promotoras de saúde; e mediar para promover a colaboração com outros sectores e estabelecer parcerias que contribuam para criar condições de vida mais favoráveis à saúde(18). Estas são estratégias em Saúde Pública que realçam a importância da LS para a manutenção de uma boa saúde.

A LS pode ser considerada como um conjunto de competências através do qual as pessoas se apropriam, compreendem, avaliam e utilizam a informação e o conhecimento de saúde para fazer escolhas informadas, reduzir riscos para a sua saúde, manter um estado nutricional saudável e melhorar a qualidade de vida(27). Num estudo descritivo transversal, realizado com uma amostra de conveniência de 508 participantes, em Portugal, verificou-se que 73,62% dos participantes tem um nível inadequado e problemático de LS, tendo estes maior índice de massa corporal, maior circunferência abdominal e maior circunferência do pescoço, ou seja, um pior estado nutricional(27). Os resultados do estudo permitem ainda inferir que pessoas com menos escolaridade apresentavam riscos para um estado de saúde ótimo(27).

O levantamento da literatura revela informações precárias sobre a LS na infância e na adolescência e apela a atividades de pesquisa(19). O quadro de Literacia teórica é tão multifacetado quanto o quadro de saúde(28). O termo Promoção à Saúde (HP) foi, e ainda hoje é por vezes, estreitamente utilizado como equivalente para a Educação em Saúde (HE). Mas HE é um dos vários componentes-chave e áreas de ação da HP(5). Abel diferencia o papel da Literacia em saúde em contextos médicos versus contextos de promoção da saúde, no qual, num contexto de promoção da saúde, a LS difere da "literacia médica", na medida em que(5):

"As abordagens de promoção da saúde não se concentram nas experiências de doença ou na utilização ótima dos serviços médicos. Na promoção da saúde, o foco geralmente é muito mais amplo e enfatiza condições de vida saudáveis e as

chances das pessoas de viver vidas saudáveis. Além disso, a promoção da saúde exige melhorar os recursos que as pessoas necessitam para ser ativo para sua saúde, sua própria saúde pessoal, a saúde de suas famílias e comunidades, incluindo o poder de mudar as coisas para melhor” (Kanj, 2009)

Rootman refere que "medir a literacia para a saúde poderia ser o primeiro grande passo na construção de um novo tipo de índice de saúde para as sociedades”(29). O modelo conceitual da Nutbeam sobre LS adota uma abordagem de "capacitação" para influenciar a capacidade de um indivíduo compreender e agir com base em informações relacionadas com a saúde. Quatro habilidades e processos-chave que interagem com a habilidade de uma pessoa para adquirir LS são identificados neste modelo: habilidades em organização social e advocacia; competências em negociação e autogestão; envolvimento em ações sociais para a saúde; participação em mudanças das normas e práticas sociais(5).

Em Portugal constata-se um aumento da preocupação política com as questões da educação para a saúde em meio escolar(30). Portugal era, até ao início desta década, um dos poucos países europeus que não possuía uma Política Nacional de Alimentação e Nutrição, ou seja, “um conjunto concertado e transversal de ações destinadas a garantir e incentivar a disponibilidade e o acesso a determinado tipo de alimentos”, tendo como objetivo a melhoria do estado nutricional e a promoção da saúde da população(31).

Em 2011, esta estratégia consolida-se, e é criado, através do Decreto-Lei nº 124/2011, de 29 de dezembro, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), como um dos oito programas nacionais de saúde prioritários a desenvolver pela Direção-Geral da Saúde, com o objetivo de “melhorar o estado nutricional da população, incentivando a disponibilidade física e económica dos alimentos constituintes de um padrão alimentar saudável e criar as condições para que a população os valorize, aprecie e consuma, integrando-os nas suas rotinas diárias”(31).

Em Portugal, em 2005, cerca de 45% dos anúncios publicitados durante a programação infantil era referente a alimentação e bebidas(9). Noutros estudos com crianças e adolescentes, os instrumentos de medição utilizados foram originalmente desenvolvidos para adultos e condicionados por competências funcionais, tais como a leitura, escrita e aritmética. Portanto, existe uma lacuna a ser preenchida no desenvolvimento de um conceito amplo de LS, fundamentado em instrumentos de medição válidos(32) a partir dos conceitos estruturantes.

Sabe-se que os comportamentos estão relacionados com fatores biológicos, psicológicos, micro e macrossociais e ambientais(30). A Educação para a saúde é uma das vias mais promissoras para promover a adoção de comportamentos saudáveis e a modificação de condutas prejudiciais à saúde, de forma sustentada(30). Decorridos 30 anos desde a Carta de Ottawa, os seus princípios permanecem atuais, e o desafio para o futuro é a urgência de passar à prática(18). A LS deve ser integrada em medidas de prevenção e promoção da saúde de crianças e jovens(32).

Nutbeam 2009, divide o conceito complexo da Literacia em dois elementos distintos: a tarefa em si e as habilidades exigidas para realizar a tarefa, o que permite duas formas de avaliação, uma absoluta, ou se sabe realizar a tarefa ou não sabe, e outra relativa, uns realizam a tarefa de forma mais fácil e rápida, e outros tem maiores dificuldades em realizar a mesma tarefa(33). Esta visão simples de algo complexo reflete a importância que a LS tem perante as novas literacias, uma vez que reconhece a literacia como conteúdo e contexto. Sendo assim, “indivíduos com níveis altos de literacia geral (baseadas em tarefas e competências) podem não ser capazes de aplicar estes conhecimentos e competências em situações que requerem conhecimentos de conteúdo específico ou em contexto desconhecido”(33).

O autor defende que a LS pode ser desenvolvida através da educação, assim como as outras literacias, lembrando que a LS será diferente consoante o público a quem se destina e de acordo com o contexto. Cita como exemplo, que a literacia que uma pessoa com diabetes recebe como educação de paciente será necessariamente diferente da literacia que uma mulher grávida recebe durante aulas pré-natais ou a que um jovem exposto a educação para a saúde recebe na escola(33). Da mesma forma, declara ser provável a necessidade de instrumentos de medição específicos para faixas etárias e fases de vida diferentes, mesmo que o conceito não se altere(33).

Assim, revela-se necessária a determinação dos atuais níveis de LS para o fornecimento de medidas de prevenção e promoção da saúde(32). Os dados preliminares do primeiro estudo sobre LS realizado em Portugal, em 2014, através da aplicação do European Health Literacy Survey, na sua versão Portuguesa (HLS-EU-PT), identificou que 51% da amostra tem baixo nível de LS, sendo 11,6% apresenta LS inadequada e 39% LS problemática(2). O resultado final do estudo apontou que 24% da amostra apresentava LS inadequada e 36% LS problemática, perfazendo um total de 60% dos inquiridos com LS limitada(34)(38).

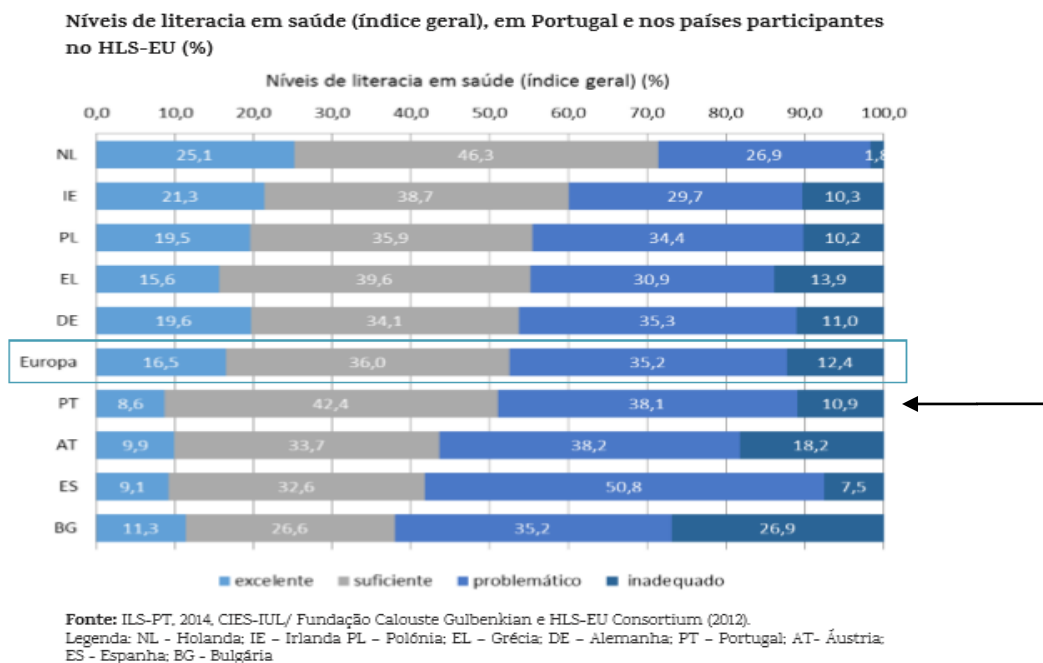
Um segundo estudo que avaliou o nível de literacia para a saúde a partir do HLS-EU, identificou que 61% da população inquirida apresenta um nível de LS geral

problemático ou inadequado, valor acima da média encontrada nos nove países analisados, que foi de 49,2% (35), e de um ponto percentual (1%) acima do resultado encontrado no primeiro estudo realizado em Portugal, atrás referido(34) (38).

Um terceiro estudo posterior aos dois anteriormente referidos (34, 35, 38), apresentado em 2016, coloca Portugal numa situação mais favorável relativamente aos dados Europeus . Este estudo indica que 50% dos portugueses têm um nível de literacia “excelente” ou “suficiente”, apesar de apresentar o valor mais baixo dos oito países no que diz respeito ao nível excelente (8,6%) (36).

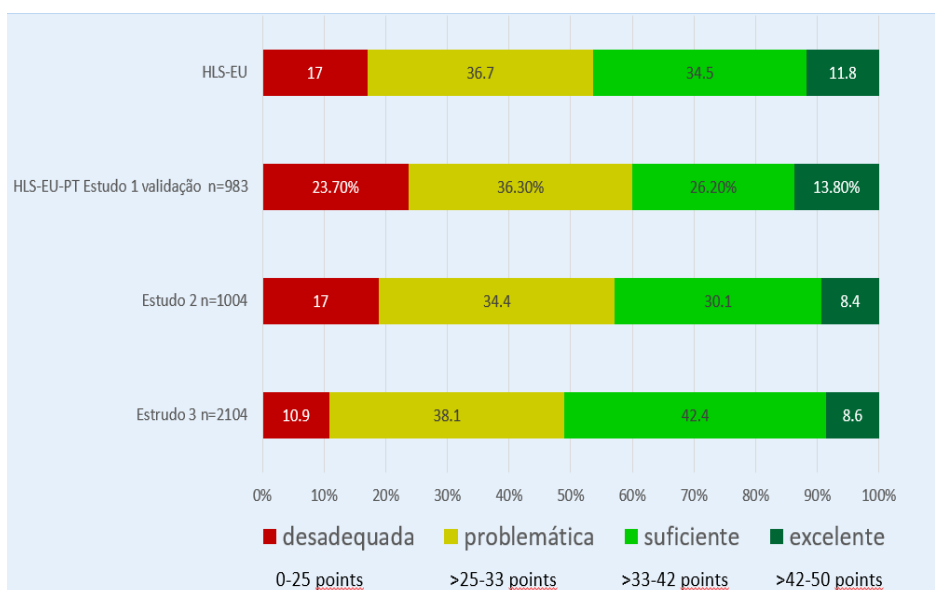
Na figura 1, é possível verificar que em Portugal o nível de LS excelente é quase metade da média europeia, o que põe Portugal em situação de desvantagem perante os outros países avaliados, sendo o valor mais baixo encontrado (36).

Figura 1. Níveis de Literacia em saúde em Portugal e nos países participantes no HLS_EU (%) de acordo com os dados do terceiro estudo sobre a LS realizado em Portugal em 2016



A seguir, na figura 2 (37) é apresentado uma análise comparativa entre os resultados e é possível verificar que os valores nos níveis de LS encontrados no segundo estudo(35) são semelhantes aos apontados no primeiro estudo(34, 37, 38). No entanto o terceiro estudo(36) destoa um pouco dos demais, sugerindo um cenário bastante mais favorável a Portugal, equiparando os níveis nacionais com a média europeia.

Figura 2: Análise comparativa dos níveis de LS em Portugal em relação a média europeia.



Fonte: Saboga-Nunes L. Explorando a hermenêutica da literacia em saúde em Portugal (HLS-EU-PT). In: Workshop “Literacia e Comunicação em Saúde”, Reitoria da Universidade NOVA de Lisboa, 5 abril, 2016. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2016

A relação causal entre a LS e os resultados em saúde pode ser interpretada segundo os autores(16) como uma função escalonada de efeito limiar, e não de forma linear simples. A LS resulta de ações de promoção da saúde como a educação, mobilização e defesa, a fim de construir populações mais saudáveis e produtivas(16). Sendo a LS considerada um dos determinantes interdependentes da causalidade multifatorial do estado nutricional com repercussões no estado de saúde, a promoção da LS é pertinente no desenvolvimento estratégico da saúde pública portuguesa(27)(16). Estudos comprovam uma associação entre LS e um estilo de vida saudável(34).

1.3. Alimentação e padrões de consumo alimentar

Apesar da pouca evidência na altura, Belloc e Breslow, em 1972, já consideravam o fato de que hábitos comuns, como a regularidade das refeições, poderiam impactar a saúde de forma positiva ou negativa(39). Como refere outro autor da mesma época, as práticas de saúde poderiam ser classificadas em sete categorias, de entre as quais a nutrição(39).

Por definição, de acordo com o dicionário português Thesaurus, hábito significa:

Mania; ação que se repete com frequência e regularidade; comportamento que alguém aprende e

repete frequentemente; Costume; maneira de se comportar; modo regular e usual de ser, de sentir ou de realizar algo: Prática repetida que se torna conhecimento ou experiência.

O Ministério da Saúde do Brasil elaborou um documento para verificar os hábitos alimentares da população e nele definiu um conjunto de variáveis de comportamento alimentar, no qual se consideram os seguintes itens: as porções do grupo das frutas, hortaliças e cereais, carne, leguminosas e leite, alimentos ricos em gorduras e açúcares; tipo de gordura utilizada para a preparação; consumo de gordura saturada e colesterol, e adição de sal; número de refeições; ingestão de água e de bebidas alcoólicas; o uso de informações nutricionais dos rótulos de alimentos como orientação para uma alimentação saudável; e prática de atividade física(40).

Em Portugal não há definição clara sobre quais os indicadores que caracterizam os hábitos alimentares. Num documento publicado pela DGS em 2016, no qual refere que os hábitos alimentares inadequados representam o fator de risco que mais contribuiu para o total de anos de vida saudável perdidos pela população portuguesa(25), aí se listam 14 componentes responsáveis por desencadear várias doenças não transmissíveis: dieta pobre em fruta; dieta rica em sódio; dieta pobre em vegetais; dieta pobre em frutos secos; dieta rica em carnes processadas; dieta pobre em cereais integrais; dieta pobre em ácidos gordos ómega 3, provenientes do pescado; dieta pobre em fibras; dieta pobre em ácidos gordos polinsaturados; dieta rica em carnes vermelhas; dieta rica em ácidos gordos trans; dieta pobre em cálcio; dieta pobre em leite; dieta rica em bebidas açucaradas(25). Enquanto que no mais recente inquérito realizado a nível nacional, o IAN-AF chamou de “comportamentos” alimentares e não “hábitos” e avaliou outros indicadores que não os mesmos referidos pela DGS. Recolheu-se indicadores importantes sob o ponto de vista da saúde pública como o uso de suplementos, o consumo de produtos biológicos, a frequência das refeições e os tipos de refeições realizadas (41) mas não manteve os 14 componentes citados acima. A adoção de diferentes indicadores para avaliar o mesmo parâmetro “hábitos ou comportamentos” alimentar, dificulta a comparação e análise de dados.

A definição de hábitos alimentares (HA) aqui adotada refere-se ao estilo alimentar que remete para a interpretação da prática alimentar como resultado da influência de fatores psicológicos e sociais(42). Ou seja, os HA integram os fatores qualitativos de seleção e decisão do ato de ingestão e também os aspetos quantitativos de energia inerentes à ingestão(42).

Outros dados indicam que a LS é um fator chave para a compreensão das diferenças nos hábitos alimentares, em que as práticas alimentares mais saudáveis apresentam associação positiva para as competências de nutrição nos indivíduos com níveis de LS mais elevados(22).

A informação sobre o consumo alimentar de uma população permite identificar quem se encontra em risco nutricional, possibilitando uma intervenção pública adequada, mas também, em caso de acidente assegura uma capacidade de análise e atuação eficaz(25). No período de 2008 a 2012, a Balança Alimentar Portuguesa (BAP) revelou uma disponibilidade energética diária média disponível por habitante de 3963 kcal (na BAP 2003 a 2008 este valor era 3883 kcal), claramente excessiva quando comparada com o aporte calórico diário aconselhado para um adulto (2.000 a 2.500 kcal). Conhecer o padrão de consumo alimentar de uma população fornece pistas sobre quais os determinantes envolvidos na escolha alimentar e orienta as ações de promoção e educação para a saúde(25).

A comparação da distribuição das disponibilidades diárias *per capita*, em 2012, dos diferentes grupos alimentares da BAP com o padrão alimentar preconizado pela Roda dos Alimentos permite constatar uma distorção do padrão alimentar. Os grupos de produtos alimentares com desvios mais acentuados são as Carnes, pescado e ovos e Óleos e gorduras, acima do consumo recomendado, e os grupos dos Hortícolas, dos Frutos e das Leguminosas com disponibilidades deficitárias. O grupo dos Cereais, raízes e tubérculos e dos Lacticínios continuam a apresentar disponibilidades próximas do padrão alimentar recomendado(25). As estratégias devem, portanto, passar por incentivar o consumo dos grupos deficitários e travar o consumo dos grupos em excesso, através de ações coordenadas entre as diversas áreas como a saúde, educação e economia, com a participação de todos os setores da sociedade.

Pesquisas anteriores com jovens iranianos revelam a alteração da qualidade das dietas e alertam para a acensão da tendência de magreza entre as mulheres, como referencial de imagem corporal a ser atingido(43). Pitanqueira, Silva & Costa, 2015 citado por Filipe, 2016 defende que os hábitos alimentares e os estilos de vida são aprendidos e enraizados através das relações sociais estabelecidas durante as fases da vida, especialmente na infância e adolescência(20).

Vários fatores podem influenciar o estabelecimento dos hábitos alimentares (HA) nos adolescentes, entre eles a existência ou não de regras parentais. O estudo de Holubcikova, com 2765 adolescentes com idades entre os 13 e 15 anos, revela que

o estabelecimento de regras sobre a alimentação por parte dos pais tem relação direta com a prática de hábitos alimentares saudáveis ou não(44). Neste estudo, 20,5% dos adolescentes referiu a falta de regras parentais no que diz respeito ao contexto da alimentação.

É provável que a maioria dos comportamentos que integram o processo de saciedade seja aprendido, mesmo que tenham por base uma necessidade biológica como o comportamento alimentar, o apetite e o desejo por alimentos(45). Esses comportamentos implicam a seleção e ingestão de alimentos preferidos. Esta seleção é aprendida e evolui ao longo do ciclo de vida influenciada por fatores afetivos e de interação, primeiro entre mãe/família e criança e posteriormente entre a rede de amigos(45). Viana 2008, refere, num estudo de revisão sobre os comportamentos e hábitos alimentares de crianças e jovens, que em famílias em que existe a preocupação permanente com a alimentação e dietas, o comportamento dos filhos é influenciado pelo estilo alimentar dos pais, em aspetos que confirmam o processo de aprendizagem social por modelagem, como as quantidades que levam à boca, a frequência com que fazem e preferências por alimentos mais energéticos(45).

O autor menciona também que o consumo deficiente de vegetais e frutas está associado ao que chamamos de neofobia alimentar (recusa por alimentos novos), fenómeno crescente entre crianças e adolescentes que precisa ser travado(45). Rapazes e raparigas têm atitudes diferentes face aos alimentos, nomeadamente no que se refere à evolução do peso, e isso determina o padrão de consumo que varia pouco ao longo da adolescência até à fase adulta(45).

Serão aqui apresentados hábitos pessoais relacionados com a saúde, em particular com a alimentação que se pretende saudável, como o número de porções de frutas(46) e vegetais, o número de refeições diárias(39) e a ingestão de água.

❖ Consumo de Fruta e Vegetais

O consumo inadequado de frutas e hortícolas é considerado um dos principais determinantes de doenças não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares e alguns tipos de cancro(10), podendo prevenir estes em até 20%(47). A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o consumo de pelo menos 400gr de fruta e hortícolas, o que equivale a aproximadamente 5 porções diárias destes alimentos(10)(4).

Em 2010, os hábitos alimentares inadequados em Portugal foram responsáveis por 11,96% do total de anos de vida prematuramente perdidos, ajustados pela incapacidade, no sexo feminino, e por 15,27% no sexo masculino, expressos em

DALY⁴(10). De acordo com as estimativas efetuadas no âmbito da iniciativa GBD – Global Burden of Disease (The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)), em 2014, os hábitos alimentares inadequados foram o fator de risco que mais contribuiu para o total de anos de vida saudável perdidos pela população portuguesa (19%), seguidos da hipertensão arterial (17%) e índice de massa corporal elevado (13%), expressos em DALY(25).

A saúde e o bem-estar dos adolescentes estão associados a uma série de efeitos adversos da obesidade quando esta surge na infância e adolescência, pois aumenta a probabilidade de se tornarem adultos obesos. Entre esses efeitos está a forte relação com outras doenças crónicas, com as doenças cardiovasculares e o cancro, sendo de destacar a hipertensão, dislipidemia, intolerância a glicose, apneia do sono e infertilidade, que contribuem para um risco acrescido de morte prematura e perda da qualidade de vida(48). “A investigação e o tratamento da obesidade na criança constituem objetivos urgentes em cuja persecução terão que ser envolvidas as famílias, os agentes educativos e os agentes de saúde”(32), já que é mais difícil reverter a obesidade na idade adulta assim como tratar as co morbididades associadas(48).

A avaliação da co morbididades associadas à obesidade deve ter em conta a história familiar de obesidade, história social e psicológica, assim como os hábitos alimentares e a prática de atividade física(48). É fundamental a avaliação de possíveis causas exógenas da obesidade, apesar de serem raras, podendo-se destacar algumas doenças genéticas e endócrinas, como o atraso no crescimento e perturbações do comportamento alimentar(48). O aumento tão rápido das taxas de prevalência de obesidade que se tem vindo a observar indica que os fatores genéticos não são a única causa desta alteração(10). Embora se reconheça a importância dos fatores hereditários na obesidade infantil, não há dúvida que é o estilo alimentar, associado a outros aspetos do estilo de vida da criança/adolescente, e particularmente o padrão de atividade física, o principal responsável pelo peso em excesso(32).

Entre os fatores externos que têm contribuído para este aumento de peso, nomeadamente nas crianças e adolescentes, podemos destacar o aumento das atividades sedentárias, o aumento do consumo de alimentos de elevada densidade energética, ricos em gordura e açúcar, e a popularidade dos estabelecimentos de *fast food*(9) “O visionamento televisivo também tem sido apontado como um dos fatores preditivos do aumento de peso devido ao aumento da ingestão energética total

⁴ DALY - Disability Adjusted Life years, 1 DALY corresponde a perda de um ano de vida saudável

relacionada com a elevada exposição à publicidade alimentar”(9). Uma vez que a maior parte dos alimentos publicitados dirigidos a crianças são ricos em calorias, gordura, açúcar e/ou sal, isto levanta sérias preocupações éticas e de Saúde Pública. As crianças representam um alvo bastante vulnerável pela sua incapacidade de percepção das intenções persuasivas da publicidade (9).

A OMS estabeleceu entre os objetivos do Plano de Ação Europeu para a Alimentação e Nutrição 2015-2020 várias medidas para reduzir o poder das técnicas de comercialização de alimentos ricos em energia, gorduras, açúcar e sal, cujo consumo tem impacto negativo sobre a saúde das crianças, de orientação sobre a formulação e implementação de políticas e mecanismos de sanção também necessários para a proteção dos direitos das crianças(49). Os hábitos alimentares não saudáveis que se iniciam logo após o nascimento tendem a instalar-se e permanecer, condicionando todas as fases da vida. É por isso imperativo a intervenção em idades muito precoces, junto de grávidas e famílias(10).

O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – PNPAS pressupõe que um consumo alimentar adequado gera conseqüente melhoria do estado nutricional dos cidadãos e tem um impacto direto na prevenção e controlo das doenças mais prevalentes (cardiovasculares, oncológicas, diabetes, obesidade, etc.), ao mesmo tempo que incentiva a disponibilidade de alimentos que pertencem a um padrão alimentar saudável, através do crescimento sustentável e da competitividade económica do país em outros setores como os ligados à agricultura, ao ambiente, ao turismo, ao emprego e/ou à qualificação profissional(31).

São de realçar “os esforços internacionais que têm sido desenvolvidos no sentido de estabelecer *guidelines*, baseadas na evidência científica, para a prevenção e tratamento da obesidade”(48). Contudo, estes esforços têm sido mais evidentes para a população adulta, estando a população infanto-juvenil igualmente a aguardar por recomendações de forma a uniformizar os critérios de atuação utilizados na abordagem da obesidade infantil(48).

De acordo com Holubcikova, os adolescentes que têm hábitos alimentares pouco saudáveis são que estão em maior risco de se tornarem adultos obesos e desenvolver problemas de saúde físico e mental, como fadiga, deficiências nutricionais, mau desenvolvimento cognitivo e físico(44). No estudo realizado em 2016, para avaliar a influência das regras parentais no comportamento alimentar dos filhos, entre os hábitos alimentares pouco saudáveis, 75,8% foi referido um baixo consumo de vegetais(44).

O autor refere ainda que existem muitos estudos que comprovam a associação entre a presença de regras parentais e os hábitos alimentares, sugerindo que as regras impostas pelos pais são um fator promotor de padrões alimentares saudáveis, nomeadamente no que diz respeito ao maior consumo de frutas e vegetais(44).

Os resultados desse estudo indicam que as intervenções de promoção da saúde em meio escolar, que visam a melhoria dos hábitos alimentares dos adolescentes, têm efeito limitado. O autor cita Lindsay, no qual ressalta que o sucesso das intervenções deve incluir uma abordagem variada, com a participação de todos os setores, escola, saúde e ambiente familiar, com enfoque no papel dos pais. O estudo sugere, por fim, que as estratégias de saúde pública devem ser orientadas para práticas alimentares familiares, uma vez que os adolescentes cujas famílias não possuem regras sobre a alimentação tendem a ter hábitos alimentares menos saudáveis(44).

O resultado apresentado no Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – PNPAS de 2014 verificou que crianças com mães menos escolarizadas apresentam uma probabilidade inferior de consumir 5 ou mais porções de frutas e hortícolas(10). O estudo de Hoque indica que apenas 35,8% das crianças inquiridas sabia as porções corretas recomendadas de frutas e vegetais(50).

De acordo com Ramsay, no estudo sobre a avaliação do consumo e variedade de frutas e vegetais entre as crianças em idade escolar, o consumo de frutas nestas idades é pouco diversificado e encontra-se comumente nas formas de sumos 100% de frutas, maçãs e laranjas(21). O Departamento de Agricultura dos EUA, em 2010, ressalta que, apesar do alcance dos aportes totais de frutas e vegetais, o foco deve incidir na variedade, para garantia dos benefícios de saúde conferidos pelas vitaminas, minerais e fitoquímicos presentes nestes alimentos(21). O estudo demonstrou uma relação entre a qualidade global da dieta e o consumo de uma variedade de frutas e vegetais, em que as crianças que consumiram uma maior variedade desses alimentos apresentavam maior probabilidade de ter uma dieta de melhor qualidade(21).

Em estudos anteriores, o autor já havia identificado que as crianças tendem a preferir as frutas em detrimento dos vegetais, apresentando consumos mais elevados de frutas do que de produtos vegetais. Ding 2012, citado por Ramsay, aponta que o consumo de frutas e vegetais das crianças está associado à disponibilidade e acessibilidade desses alimentos em casa(21). A evidência dos estudos indica que o consumo de vegetais é menos frequente que o consumo de frutas, e que a escolha

desses é condicionada por uma série de atributos, como o gosto mais amargo e a textura(21).

Numa revisão sistemática realizada por Appleton et al. para identificar os estudos que relatavam intervenções cuja finalidade era o aumento da ingestão de vegetais como um grupo distinto, considera-se importante separar as frutas e os vegetais em grupos distintos(51). Embora se considere que as frutas e os legumes compartilham benefícios para a saúde resultantes da interação de uma enorme variedade de compostos bioativos (vitaminas, minerais, antioxidantes, carotenoides, flavonoides), estes podem variar bastante consoante as frutas e os vegetais(51).

O autor cita, como exemplo dessa variação, o fato de as frutas fornecerem maiores quantidades de açúcar à dieta, o que pode ter impacto negativo na saúde, enquanto os vegetais, por sua vez, contribuem com maiores quantidades de proteínas e fibras que podem agir como reguladores, promovendo o aumento ou diminuição da biodisponibilidade de micronutrientes, condicionando os ganhos em saúde(51). Além dos fatores nutricionais, o autor reforça a sua ideia, ressaltando que as frutas e os vegetais diferem quanto ao gosto, textura e forma de consumo, em que diferentes padrões de consumo determinam um consumo diferenciado de frutas e vegetais(51).

“A fruta é geralmente doce, é tipicamente mais suave na textura, frequentemente consumida crua, consumida em maior frequência, geralmente considerada mais aceitável como lanche, bebida ou sobremesa.”

“Os vegetais, por comparação, têm sabor amargo, são geralmente mais difíceis na textura, geralmente cozidos, tipicamente consumidos e mais aceitáveis como parte de uma refeição.” (Costa, 2008)

Exposto isto, e apesar de em termos mundiais o consumo de ambas estar aquém do recomendado pela OMS (400gr de frutas e vegetais), o autor sugere a necessidade de diferentes estratégias de intervenção para aumento do consumo de frutas e aumento do consumo de vegetais, visto que nas intervenções conjuntas a fruta é alvo de destaque, apresentando melhores resultados de consumo quando comparada com os vegetais(51).

Os estudos nessa área são inconclusivos e a evidência é limitada(51). Uma meta-análise de estudos observacionais apresenta evidências dos benefícios para a saúde de um elevado consumo de vegetais, ou seja, independentes da combinação com as frutas, demonstrando uma associação entre o elevado consumo de vegetais e a redução do risco de acidente vascular cerebral, demência e declínio cognitivo, e de

vários tipos de cancro. Já uma meta-análise de estudos prospetivos não encontrou nenhum benefício para o risco de cancro de mama, cancro gástrico, pancreático e da bexiga(51).

Entretanto, alguns vegetais específicos, ou tipos diferentes de vegetais, têm sido apontados como melhores em termos de ganhos em saúde, como por exemplo: maior ingestão de vegetais folhosos e vegetais de raiz associado associada à redução do risco de diabetes tipo II; elevado consumo de vegetais crucíferos e vegetais ricos em betacaroteno, pigmentos vermelhos e amarelos associados à redução do risco de vários tipos de cancro(51). Essas associações dependem também da definição de vegetais utilizados e da inclusão, ou não, de certos produtos agrícolas em certas categorias(51).

O consumo de vegetais dos adolescentes é resultado das experiências vivenciadas na infância, a relutância em comer, ou evitar os novos alimentos, associado aos fatores externos, como o ambiente familiar, a escolaridade dos pais e o estatuto socioeconómico, a baixa disponibilidade e perceções negativas dos vegetais em casa(51). As intervenções centradas na exposição repetida aos vegetais com recursos a livros de imagens e histórias sugerem um aumento no consumo de muitos vegetais, como indicado nalguns estudos. A mudança do ambiente, através do aumento da oferta de produtos hortícolas, também parece indicar o aumento da seleção e do consumo de vegetais por parte das crianças e adultos(51).

As intervenções educacionais, com base na mudança de fatores cognitivos, utilizaram variadas técnicas de transmissão de informações, educação sobre nutrição, habilidades, demonstrações e experiências práticas, tipo jardinagem. O resultado desse tipo intervenção é de difícil avaliação, uma vez que os benefícios procurados são de longo prazo, e o conhecimento acumulado ao longo do tempo prejudica a identificação da fonte exata de educação(51).

O estudo de Lesani com universitários iranianos destacou a importância do pequeno-almoço e do consumo de frutas e vegetais para a felicidade(43). Os estudos bioquímicos realizados sugeriram que a ingestão de carboidratos era responsável pelo incremento dos níveis de serotonina no cérebro, promotora da sensação de felicidade e bem-estar, e que as frutas e vegetais forneciam micronutrientes que reduziam os sintomas de depressão(43). De acordo com o autor, há evidências que corroboram que o maior consumo de frutas e vegetais promove o aumento da curiosidade, da criatividade e do sentimento de satisfação da vida, em jovens que iniciam a fase adulta(43). Além dessas, outras pesquisas mostram a relação do consumo de frutas e

vegetais com a saúde física, nomeadamente no auxílio à manutenção e perda de peso, melhor regulação dos níveis de açúcar e lípidos no sangue e melhor controlo da tensão arterial, caracterizando assim a ingestão de frutas e vegetais como um comportamento protetor da saúde física e mental dos indivíduos(43).

❖ Número de refeições diárias

Os estudos apontam que o número de refeições realizadas surge associado ao excesso de peso(39), ao vínculo parental(50), à felicidade(43). O estudo de Belloc e Breslow (1972) apontou o excesso de peso como resultado do comer mais do que o necessário para a manutenção do peso desejável, em ambos os sexos, onde o excesso de peso refletia a condição de saúde, numa relação direta de quanto maior o excesso de peso pior a condição de saúde(39).

O estudo de Hoque constatou que 73,3% dos alunos tem o hábito de fazer lanches, e destes 86,5% traz os lanches de casa. Este dado é importante para percebermos o papel importante que os pais desempenham na escolha do tipo de alimentos que compõem esta refeição(50). A preferência dos pais foi apontada por 12,3% como fator influenciador na escolha dos alunos(50).

A felicidade também parece ter relação com o número de refeições diárias como aponta o estudo de Lesani, onde os estudantes que referiram ingeriam três refeições e um a dois lanches por dia eram mais felizes do que os que referiram menor número de refeições(43). Um estudo realizado por Larson, que avaliou as alterações no padrão de refeições e lanches de adolescentes entre 1999 e 2010, constatou que apenas 54% dos adolescentes dos EUA consumia as três refeições principais (pequeno-almoço, almoço e jantar), e três em cada quatro adolescentes faziam dois ou mais lanches num determinado dia(52). Houve um aumento da percentagem de adolescentes que afirmou consumir cada refeição principal quase todos os dias (≥ 5 vezes na semana anterior) de 34,9% em 1999 para 40,7% até 2010, e em relação ao tipo de refeição passou de 41,7% em 1999 para 49,3% em 2010 para o pequeno-almoço, para o almoço de 75,9% para 79,0% e de 81,6% para 82,1% em relação ao jantar(52).

Além do número de refeições, outros aspetos relacionados com o contexto em que ocorrem essas refeições parecem ter efeito positivo e negativo. O estudo realizado por Ronto com adolescentes de 12 a 17 anos recolheu, através da metodologia de grupo focal, vários pontos importantes sobre a perspetiva dos adolescentes em relação a Literacia, a que ele chamou de literacia alimentar, e o seu impacto nos comportamentos, constatando a existência de experiências mistas

quando os adolescentes realizavam refeições em família, existindo aqueles que consumiam alimentos mais saudáveis e outros que, mesmo reconhecendo a alimentação como pouco saudável, tinham de comer o que lhes era oferecido. O autor cita outro estudo no qual a prática regular de compartilhar refeições em família no mínimo três vezes por semana aumentavam as probabilidades de os adolescentes terem comportamentos alimentares mais saudáveis. Esses mesmos adolescentes afirmaram que os amigos influenciavam de forma negativa os seus comportamentos alimentares(53).

❖ Ingestão diária de água

O consumo de quantidades adequadas de água é fundamental para uma alimentação saudável. Os mais novos representam um grupo mais vulnerável a situações de desidratação, por possuírem menor reserva corporal de água e capacidade reduzida de reconhecer e responder aos sinais de desidratação(54).

“A água é a principal constituinte celular, serve de meio de transporte dos nutrientes e está envolvida em todas as reações metabólicas do organismo. A não ingestão de água torna mais difícil a regulação da temperatura corporal e o normal funcionamento dos órgãos, dificultando o controlo do peso corporal.” (Batista, 2009)

Em 2010, a European Food Safety Authority (EFSA) publicou uma recomendação geral para a ingestão total de água. Em Portugal, o Instituto de Hidratação e Saúde fez a adaptação dos valores de referência para a população portuguesa, considerando que as bebidas contribuem cerca de 75% para o total de água ingerida (54). É importante ressaltar que os valores apresentados na figura 3 se referem a indivíduos sedentários e em condições climáticas moderadas e refletem a quantidade mínima de ingestão hídrica(54).

Figura 3. Valores de referência para a ingestão de água proveniente de bebidas (litro/dia).

Fase do ciclo de vida	Sexo feminino	Sexo masculino
Crianças (2 a 3 anos)	1,0	1,0
Crianças (4 a 8 anos)	1,2	1,2
Crianças (9 a 13 anos)	1,4	1,6
Adolescentes e adultos	1,5	1,9

* Valores de referência aproximados recomendados para indivíduos saudáveis. Os valores mais adequados para cada pessoa dependem de vários fatores (atividade física, temperatura ambiente, situações de doença, entre outros). Fonte: Padrão P, Teixeira PJ, Padéz C, Medina, JL. [Estabelecimento de recomendações de ingestão hídrica para os portugueses](#). Semana médica 2012; 655, 1-4.

O estudo de Llauridó realizado com 884 adolescentes entre os 11 e 18 anos assume como tamanho de porções o recomendado pela associação britânica de

dietética, que define a porção de água em 250ml, vegetais 80g e frutas 80g(55). A quantidade de água encontra-se em consonância com a recomendação da DGS e da Associação Portuguesa de Nutrição (APN), que preconiza como ingestão ideal de água oito copos de 250ml. No entanto, o tamanho das porções de vegetais e frutas é o dobro do recomendado pela associação britânica, situando-se em 160g para as frutas e fazendo uma diferenciação entre os vegetais crus e cozidos, que rondam os 140g para os cozidos e 180g de vegetais crus(56).

O estudo britânico explora também o horário em que as refeições foram consumidas como forma de determinar se estas se caracterizam como refeição principal ou lanche. Para isso, assume o padrão de classificação da Irlanda do Norte, que fixa como horário de pequeno-almoço os alimentos consumidos entre as 6h e 9h da manhã, almoço entre as 12h e 14h e refeição noturna (jantar) entre 17h e 20h. As refeições consumidas fora desse horário são consideradas como lanches. Tem ainda em conta que o consumo de alimentos com diferença superior a 15 minutos e contado como ocasiões separadas, ou seja, dois lanches(55).

O estudo de Edmonds 2017, sugere que a percepção de sede nas crianças varia de maneira diferente da dos adultos. Existe um efeito positivo do consumo de pequenas quantidades de líquidos sobre a performance em atividades de atenção visual, tanto em crianças como em adultos(57). Existem estudos que apresentam a melhoria do desempenho das crianças em atividades que avaliam a memória visual e a extensão de dígitos após a ingestão de 250ml ou 300ml, ou uma média de 624ml ao longo do dia de escola(57). Edmonds & Jeffes, 2009 sugerem num estudo que crianças que beberam água expressavam maior felicidade, quando comparadas com aquelas que não beberam nada(57). O resultado do estudo indica que diferentes domínios de cognição são afetados consoante a quantidade de água e a forma em que é ingerida(57).

Em consonância com o estudo anterior, a DGS ressalta como efeitos adversos da ingestão insuficiente de água o declínio da função cognitiva, importante para a realização de tarefas escolares, bastando uma ligeira redução de 2 a 4% da água corporal para se poder falar de desidratação provocada pela ausência da ingestão de líquidos ao longo do dia ou pelo aumento da atividade física, o que causa cansaço, perda de concentração e do nível de alerta e ainda o comprometimento das capacidades de memória recente, atenção e cálculos(54).

1.4. Parâmetro antropométrico para avaliação do estado nutricional, o cálculo do índice de massa corporal

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil – PNSIJ, em vigor desde de 2013, vem alterar o anterior de 2005 em três aspetos, entre eles o que diz respeito à classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes, que antes tinha como base as curvas do National Center for Health Statistics (NCHS), mais recentemente substituídas pelas do Center for Disease Control and Prevention (CDC), passando a adotar atualmente as curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) (14).

“As curvas de crescimento são um instrumento fundamental para monitorizar o estado de nutrição e o crescimento de crianças e de adolescentes. O desenvolvimento harmonioso, dentro de parâmetros normais, é basilar para uma vida adulta saudável e, deste modo, tem implicações importantes na saúde das populações”. (PNSIJ, 2013)

A alteração vem na sequência da conclusão do estudo multicêntrico realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) entre 1997 e 2003 (World Health Organization (WHO) Multicenter Growth Reference Study⁵ (MGRS)), que resultou na publicação em 2006 das curvas de crescimento infantil (WHO Child Growth Standards) e em 2007 das curvas para a faixa etária dos 5 aos 19 anos, respondendo assim à necessidade manifestada pela comunidade científica da construção de curvas de crescimento metodologicamente corretas e de aplicação universal(14).

O processo metodológico seguido permitiu selecionar crianças com os mesmos critérios de inclusão, possibilitando, pela primeira vez, a construção de curvas que traduziam o “crescimento mais próximo do ideal”(14), em que os padrões de crescimento registados se mostram consistentes entre diferentes países e grupos étnicos. Isto permite a sua utilização em todas as crianças, independentemente da região do globo. Desta forma, as atuais curvas da OMS permitem a identificação atempada de crianças com excesso de peso, problema preocupante e de elevada prevalência na população portuguesa (14).

A avaliação do estado nutricional torna-se necessária para o cumprimento dos objetivos do PNSIJ, que visa monitorizar o crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes, tendo como base os dados de peso e altura registados nos

⁵ Estudo realizado com duas amostras populacionais oriundas das cidades de Davis (Estados Unidos), Muscat (Oman), Oslo (Noruega), Pelotas (Brasil), Accra (Gana) e da região sul de Deli (Índia), cujo resultado é representativo de diversos países e grupos étnicos. Em 2011, 125 países estavam já a utilizar essas curvas de crescimento como parâmetro.

suportes próprios, e estimular, sempre que possível, os comportamentos promotores de saúde, nomeadamente os relacionados com a nutrição adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, com o fim de promover comportamentos alimentares equilibrados (14). O valor de corte dos percentis, de acordo com a WHO, 2007 está apresentado na figura 4, assim como os mapas de cada um dos géneros.

Figura 4. Classificação do IMC em percentis

Estado nutricional	Percentil	Classe de Percentis	Classificação recodificada
Desnutrição severa	Abaixo de P3	Abaixo de P15	Baixo Peso
Baixo peso	Entre P3 e P15		
Normal ou eutrófico	Entre P15 e P85	Entre P15 e P85	Normal
Sobrepeso	Entre P85 e P97	Acima de P85	Excesso de peso
Obeso	Acima de P97		

Figura 5. Mapa do IMC 5-19 anos para rapazes

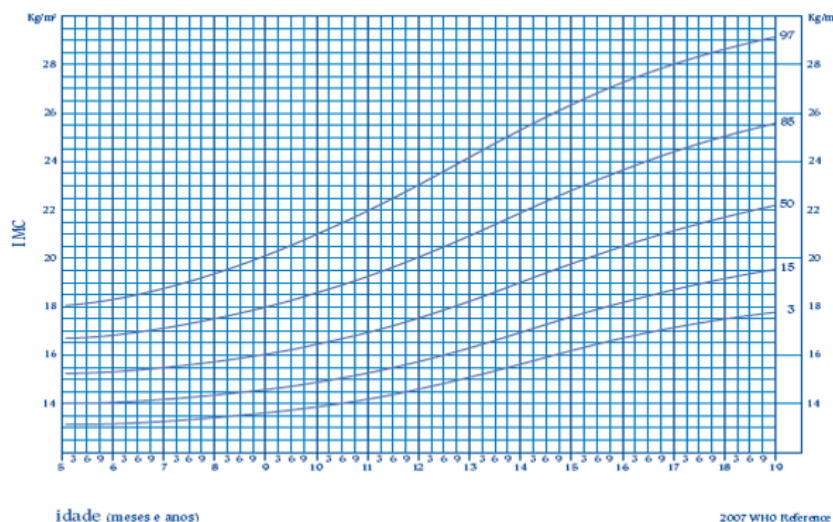
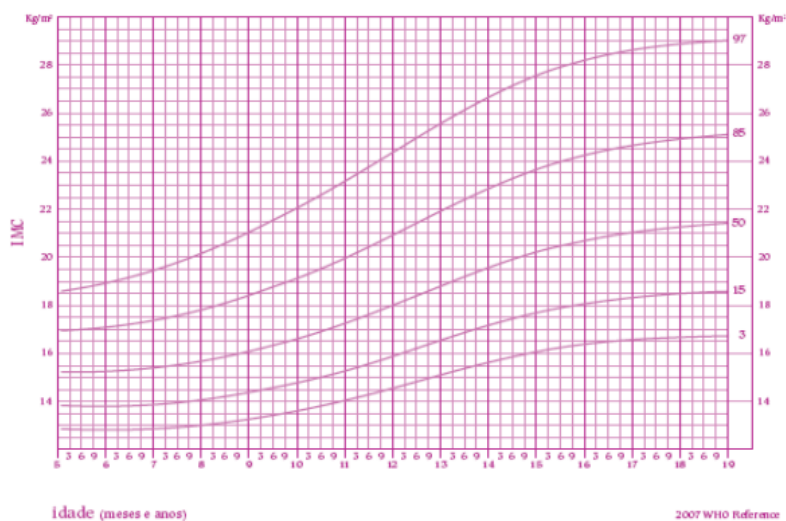


Figura 6 Mapa do IMC 5-19 anos para raparigas



1.5 Desenvolvimento infanto-juvenil

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela OMS entre 10 e 19 anos (*adolescents*) e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos (*youth*), critério este usado principalmente para fins estatísticos e políticos(58). De acordo com Ferreira, 2010 a adolescência pode ser segmentada em três estágios: o primeiro estágio inicia-se aos 10 anos e vai até aos 13; o segundo segue dos 14 aos 16 anos; e o terceiro continua dos 17 até aos 19 anos, idade em que se entra na vida adulta (59).

Os comportamentos alimentares desenvolvidos na primeira infância têm relação estreita com as preferências alimentares e a ingestão alimentar manifestadas na adolescência(21). À medida que as crianças crescem e se tornam adolescentes, as cognições individuais ganham maior dimensão e a consciência da importância dos vegetais para a saúde aumenta a vontade, bem como a capacidade de solicitar vegetais aos pais(51). A adolescência é reconhecida como um período de desenvolvimento acelerado sob todos os aspectos – físicos, cognitivos e sociais, e as alterações das práticas alimentares e de ingestão alimentar durante essa fase está bem documentada(51). É também um tempo de aquisição e consolidação de estilos de vida saudáveis ou não, dependendo das escolhas que podem vir a ter consequências irreversíveis e comprometer não só a saúde e o desenvolvimento atual, mas também o futuro desses adolescentes(59).

A identificação da necessidade de alteração do hábito alimentar é um dos determinantes fundamentais para a introdução de uma mudança na dieta. A percepção equivocada do próprio consumo e das características de uma dieta saudável, pode resultar em negação dessa necessidade e tornar-se um obstáculo à mudança (60). Num estudo realizado na Malásia, com 400 crianças entre os 10 e 12 anos, verificou-se uma diferença nas respostas entre as preferências dos alunos e as suas percepções sobre os alimentos insalubres, em que mais da metade dos entrevistados preferiu os alimentos não saudáveis, mesmo sabendo que estes alimentos caracterizavam escolhas piores do ponto de vista da saúde (50). Ainda neste estudo, vários autores defendem que a construção de um estilo de vida saudável é fundamental porque somente com um corpo saudável é possível obter um melhor desempenho acadêmico (50) .

GOMES 2009, refere que os resultados da investigação sobre a saúde dos adolescentes, realizada na década de 1991-2000, concluíram que as ameaças à saúde desses grupos etários advêm, sobretudo da sua conduta: elevadas percentagens de adolescentes praticam e adotam comportamentos potencialmente

prejudiciais para a sua saúde; as crianças e adolescentes de hoje praticam e adotam comportamentos de risco para a sua saúde em idades mais precoces do que as passadas gerações de adolescentes; muitos adolescentes praticam, simultaneamente, vários comportamentos de risco, a maioria dos jovens incorre em algum tipo de comportamento que ameaça à sua saúde e bem-estar, sendo que a maioria, senão a totalidade desses comportamentos, pode ser evitada(30).

É especialmente nas primeiras fases da vida que os pilares essenciais para a saúde, bem-estar e o desenvolvimento saudável são estabelecidos(32). Os pais devem também ser incluídos para conduzir comportamentos favoráveis à saúde nas práticas quotidianas. Uma das preocupações dos pais, das organizações de consumidores e dos profissionais de saúde é a “fragilidade” e a “credulidade” das crianças perante a publicidade(9). O reconhecimento da transição de um programa para um anúncio é um pré-requisito necessário para uma criança se defender da publicidade, podendo fazê-lo, por exemplo, mudando de canal. De forma geral, antes dos quatro ou cinco anos, as crianças veem a publicidade apenas como informativa, e não a distinguem facilmente da programação. Entre os quatro e os sete anos ficam aptas para distinguir publicidade de programação e apenas aos oito anos percebem a intensão de persuasão. Só após os onze ou doze anos podem construir um pensamento crítico acerca da publicidade e das intenções dos publicitários(9). O setor da saúde não pode ser o único responsável por assegurar as condições para a saúde(7). “A promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e económicos, organizações voluntárias e não – governamentais, autoridades locais, indústria e média”(7).

O início da puberdade, após os onze anos, pode ser caracterizado pelo estágio do pensamento, quando este deixa de estar preso à realidade concreta e passa a funcionar de modo abstrato, com maturidade intelectual para compreender relações complexas de casualidade e mecanismos fisiológicos(61). No entanto, o mesmo estudo refere outro autor que sugere que a conceção das crianças sobre as doenças é mais complexa do que se pensa, devendo, segundo o autor, ser fornecidas às crianças informações sobre saúde, com o objetivo de promover nelas as atitudes e comportamentos de prevenção esperados(61).

Se o estado de saúde está diretamente ligado e relacionado com os comportamentos das pessoas, devemos procurar as vias mais adequadas para promover a adoção de comportamentos saudáveis ou alteração de condutas prejudiciais(30). A educação para a saúde e a sua avaliação devem ser integradas nos

currículos escolares desde os primeiros anos(16). Crianças e jovens são o alvo preferencial da indústria publicitária e alimentar, pois os hábitos e as preferências alimentares adquiridas enquanto crianças tendem a manter-se ao longo da vida(9). Transtornos alimentares de baixa gravidade afetam um grande número de indivíduos, especialmente adolescentes(62). Fairbrother, 2016 cita Evans et al. (2011) que argumenta que o ensino sobre alimentação saudável baseado na escola (espaço educativo) é um ponto-chave importante na promoção da saúde, porque devolve às crianças o papel de atores mais responsáveis em casa, de estilos de vida saudável e não apenas meros vetores de informação(63).

O estado nutricional avaliado pela relação peso/altura (IMC) revela uma proporção muito elevada de crianças e adultos portugueses com pré-obesidade e obesidade (10). O excesso de peso nas raparigas em início da puberdade tende a aumentar a predisposição para desenvolver transtornos alimentares e insatisfação com o corpo (62).

A UNESCO e a Oficina Internacional de Educação e da Saúde recomendam que “a saúde se deve aprender na escola da mesma forma que todas as outras ciências sociais”(30). Com a crescente prevalência da obesidade infantil, é necessário agir de forma intersectorial tanto a nível nacional como internacional, tendo o setor privado um papel fundamental e a responsabilidade de contribuir para um ambiente mais saudável(9). O aumento do marketing de alimentos considerados saudáveis, como os hortofrutícolas, bem como o aumento da literacia sobre a comunicação comercial no currículo escolar, poderão ser estratégias eficazes na luta contra a publicidade de alimentos considerados menos saudáveis(9).

A adolescência é uma fase de transição. Segundo Dick, 2016 é um elo crítico entre a infância e a idade adulta. “A adolescência é uma fase de transição, de desenvolvimento, com mudanças marcantes no comportamento, particularmente em relação à tomada de riscos e à experimentação”(64). Os hábitos desenvolvidos nessa fase tendem a manter-se na fase adulta, o que agrava o risco de ocorrência de doenças crónicas(44). Esta ideia é reforçada por Toral 2006, que refere que o consumo alimentar praticado durante a adolescência tem um forte impacto a longo prazo, quer seja no crescimento físico, quer na promoção da saúde e no comportamento alimentar seguido na fase adulta, durante a qual são múltiplas as influências a que estão sujeitos os indivíduos(60).

Uma vida de bons hábitos de saúde, alimentares inclusive, resulta em boa saúde e prolonga as condições físicas dos indivíduos por muitos anos, fato verificado

por Belloc e Breslow, para os quais a frequência de bons hábitos de saúde foi mais prevalente entre os idosos, indicando que aqueles que tinham maus hábitos morreram antes(39). Complementariamente, o ambiente familiar, os amigos, os média e a pressão social não são os melhores conselheiros quanto aos modelos a seguir para alcançar o aporte adequado de nutrientes exigidos nesta fase, o qual está aumentado em consequência do rápido crescimento e desenvolvimento característico da adolescência(60). Neste contexto o estudo da LS em crianças e adolescentes (ainda recente e incipiente) é de fundamental importância, como refere o estudo de Fairbrother(63).

“Embora uma criança ou adolescente possa não ser capaz de ler e definir textos médicos, essa mesma pessoa pode compreender os comportamentos saudáveis ou tratamento médico no seu ambiente doméstico e participar na tomada de decisões sobre a sua própria saúde” (Fairbrother, 2016)

Alguns autores defendem que os adolescentes associam os alimentos saudáveis como vegetais, saladas, às refeições realizadas com os pais, em ambiente familiar e sob maior vigilância e controlo, enquanto as “*junk food*”, geralmente de baixo valor nutricional e alto valor calórico, estão associadas à saída com amigos, refeições fora de casa e ambiente descontraído, levando a um impacto positivo no bem-estar psicossocial dos jovens, em contrapartida com o efeito negativo para a saúde(45). Atuar sobre o bem-estar de crianças e adolescentes é uma área em que a abordagem salutogénica pode contribuir para o cumprimento das metas de promoção da saúde, no contexto português(65).

Capítulo 2. Metodologia

Neste capítulo serão descritas as etapas do processo realizado no estudo, iniciando com a definição do problema que sugere uma pergunta de investigação e suas hipóteses, seguindo-se a elaboração dos objetivos do estudo e a construção do modelo de análise, que permite identificar o desenho do estudo, população alvo, a amostra, as variáveis, a apresentação do método de recolha de dados e o tratamento estatístico dos mesmos.

2.1. Definição do Problema

A literacia para a saúde (LS) ganhou nos últimos anos, grande atenção das áreas da promoção da saúde, da pesquisa de educação em saúde como também nas políticas públicas. A maioria da investigação em LS concentra-se em adultos e adultos jovens, existindo uma lacuna em ferramentas e métodos para estudar a LS no contexto da infância e adolescência (11). Sabendo que a fase da adolescência é determinante para a perpetuação dos hábitos construídos durante a infância, tentar conhecer e medir o nível de LS em adolescentes é fundamental para a elaboração de estratégias e intervenções que visem a manutenção dos bons hábitos e a modificação dos hábitos prejudiciais à saúde.

Considerando que as pessoas com menor LS são menos capazes de cuidar de si mesmas e utilizam mais serviços de saúde, é urgente e necessária uma mudança de paradigma (da patogénese à salutogénese) para promover a LS(16), especialmente em idades mais precoces.

2.2. Pergunta de Investigação

Neste estudo pretende-se encontrar uma resposta à questão: Existe uma relação entre o nível de literacia para a saúde, os hábitos alimentares e o estado nutricional dos adolescentes portugueses?

2.3. Hipóteses de investigação

O quadro conceptual criado a partir da literatura consultada permite elaborar como ponto de partida as seguintes hipóteses:

Ho: A LS **não** apresenta relação com os hábitos alimentares, nem com o estado nutricional numa amostra de adolescentes portugueses.

H1: O instrumento de avaliação de LS apresenta validade interna neste grupo populacional;

H2: Os níveis de LS não variam consoante o género, idade e escolaridade.

H3: Existem diferenças entre os géneros, as idades e a escolaridade dos adolescentes portugueses quanto aos hábitos alimentares.

H4: O estado nutricional não apresenta relação com o género, com a idade nem com escolaridade.

H5: Os hábitos alimentares são influenciados pelos níveis de LS.

H6: Existe associação entre o estado nutricional e o nível de LS.

H7: Os hábitos alimentares influenciam o estado nutricional.

2.4. Objetivos

O presente estudo tem como objetivo avaliar os níveis de LS em adolescentes em meio escolar e o seu impacto na saúde, nomeadamente nos hábitos alimentares e no estado nutricional. Ele, encontra-se inserido no PNSE, como parte integrante do diagnóstico dos “níveis de LS da comunidade educativa dos estilos de vida dos alunos”(4). Os outros fatores determinantes da saúde, como o contexto de vida real, o nível socioeconómico e as influências socioculturais, não serão aqui abordados.

Objetivo geral

Conhecer o nível de LS dos adolescentes portugueses e as relações com os hábitos alimentares e estado nutricional.

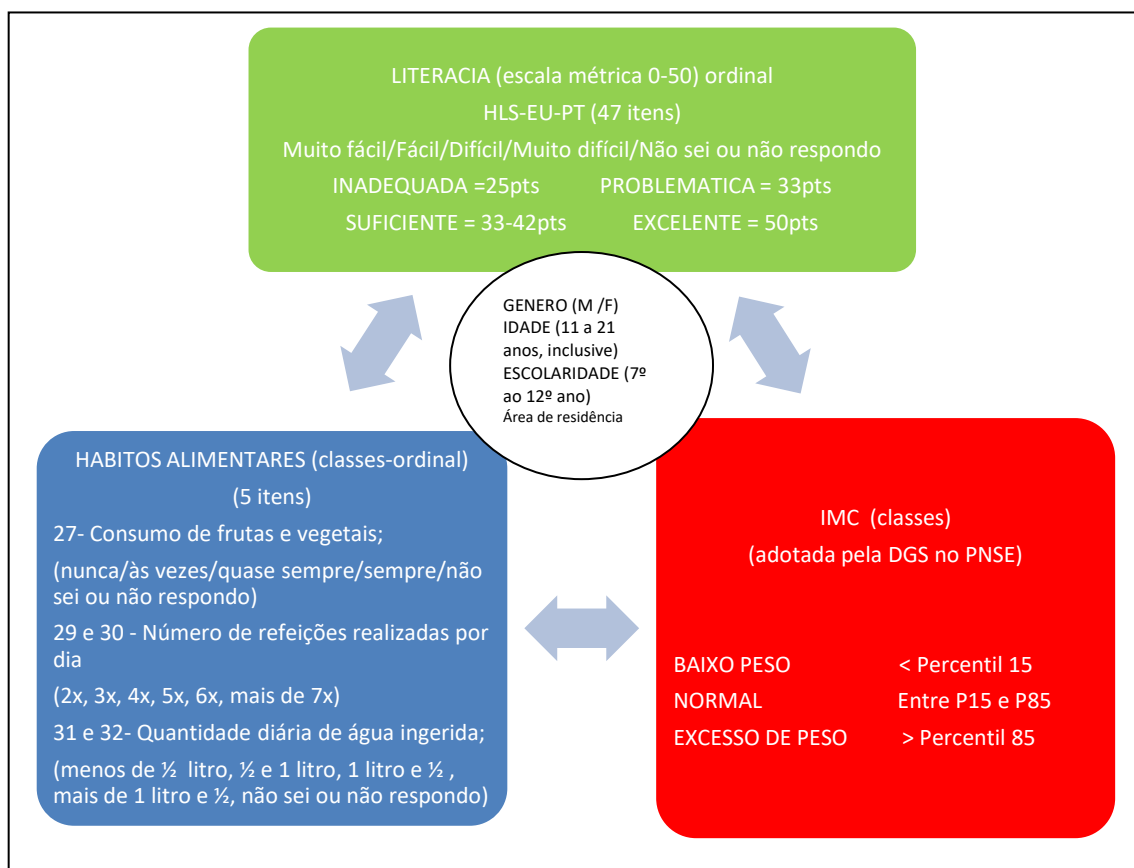
Objetivos específicos

- Identificar o nível de literacia para a saúde (LS) dos adolescentes portugueses;
- Caracterizar os hábitos alimentares dos adolescentes portugueses, a partir de indicadores de:
 - Consumo de frutas e vegetais;
 - Número de refeições realizadas por dia;
 - Quantidade diária de água ingerida;
- Avaliar e classificar o estado nutricional dos adolescentes a partir do cálculo do índice de massa corporal (IMC) em percentis, de acordo com as curvas de crescimento da OMS adotadas no PNSIJ-2013;
- Identificar a relação entre os níveis de LS, os hábitos alimentares e o estado nutricional.

2.5. Construção do modelo de análise

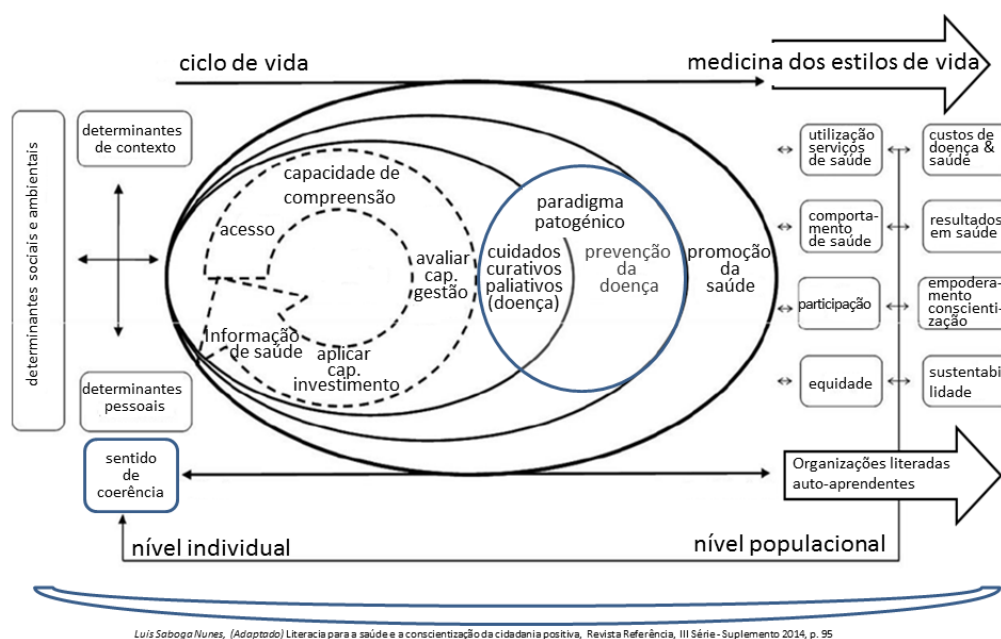
A fim de melhor compreender como a LS influencia os resultados em saúde sob a ótica da alimentação e nutrição, foi desenhado um modelo para análise das relações entre as variáveis. Pretende-se investigar como o nível de LS influencia os hábitos alimentares e o estado nutricional de cada indivíduo. Cada variável será analisada individualmente segundo uma classificação específica e depois serão aplicados testes estatísticos para verificação das possíveis relações (figura 7).

Figura 7. Síntese da avaliação da literacia para a saúde, e suas relações com os hábitos alimentares e o estado nutricional dos adolescentes portugueses.



A análise do nível de LS dos adolescentes segue o modelo HLS-EU-PT, que integra as três dimensões (promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados curativos) com quatro níveis de gestão da informação (acesso, compreensão, avaliação e avaliação) (1), conforme ilustrado na figura 8.

Figura 8: Modelo conceptual da Literacia para a saúde HLS-EU-PT®



Lúis Saboga Nunes, (Adaptado) Literacia para a saúde e a consciencialização da cidadania positiva, Revista Referência, III Série- Suplemento 2014, p. 95

Fonte: Luís Saboga-Nunes (adaptado) literacia para a saúde e a consciencialização da cidadania positiva, revista Referência, III Série, suplemento 2014a, p. 95. (1)

A interpretação do instrumento resulta de uma combinação de respostas, quantitativas, que combinadas formaram uma matriz resultante de uma pontuação que vai de 0 a 4, entre o muito fácil e o muito difícil (66).

Figura 9. Escala de classificação dos níveis de literacia para a saúde (LS)

Nível de Literacia	Pontuação	Nível de Literacia	Pontuação
LS inadequada	0 a 25 pts	Limitado	0-33
LS problemática	26 a 33 pts		
LS suficiente	34 a 42 pts	Bom	34-50
LS excelente	43 a 50 pts		

Para os cálculos dos índices a escala foi normalizada numa métrica entre 0 e 50, com a seguinte fórmula:

$$Index = (média - 1) * \left(\frac{50}{3}\right)$$

Index = valor específico calculado

Média = média de todos os itens considerados para cada indivíduo

1 = O valor mínimo de média possível (conduz a um valor mínimo de índice de 0)

3 = variação da média

50 = Valor máximo escolhido

Estes índices foram padronizados, apresentando 0 como o valor mínimo e 50 valor máximo, em que 0 representa o mínimo de literacia para a saúde possível e 50 representa o melhor valor (66).

O IMC será classificado a partir dos dados de peso e altura e classificado de acordo com os percentis da curva de crescimento recomendado pela OMS e adotados pelo PNSIJ – 2015, que consta do boletim de saúde, cujos valores são apresentados na figura 10.

As questões referentes aos hábitos alimentares serão analisadas para identificação e estabelecimento de padrões de comportamento alimentar. Serão avaliados três aspetos indicativos de hábitos saudáveis mais relevantes que constam nos Programas Nacionais (PNSE, PNAPS) e tem suporte na literatura consultada, a saber: o consumo diário de vegetais e frutas, o número de refeições diária e a quantidade de água ingerida por dia.

Figura 10. Pontos de corte dos percentis de IMC das curvas de crescimento WHO, 2007, por género e idade.

	Idade	Ponto de Coorte dos Percentis	
		P15 (valor do IMC)	P85 (valor do IMC)
Rapazes	12 anos	15.7	20.1
	13 anos	16.3	20.9
	14 anos	16.9	21.9
	15 anos	17.6	22.8
	16 anos	18.2	23.7
	17 anos	18.7	24.4
	18 anos	19.2	25
	19 anos	19.5	25.6
Raparigas	12 anos	15.9	20.9
	13 anos	16.5	21.9
	14 anos	17.2	22.9
	15 anos	17.7	23.7
	16 anos	18.1	24.2
	17 anos	18.3	24.7
	18 anos	18.5	24.9
	19 anos	18.6	25.1
Adulto	>19 anos	18,5	24,9

O indicador “consumo de vegetais e frutas” foi avaliado pela frequência com que os adolescentes referiram consumir: nunca, às vezes, quase sempre, sempre, não sei ou não respondo. As duas porções de vegetais e três de fruta foram definidas pela equipa de investigadores. O indicador “n.º de refeições realizadas por dia” foi avaliado pelo número de vezes selecionado pelos adolescentes de entre as opções 2 vezes, 3 vezes, 4 vezes, 5 vezes, 6 vezes, mais de 7 vezes, não havendo distinção entre as refeições principais e os lanches. O indicador “ingestão de água” foi avaliado a partir da quantidade de água ingerida regularmente, dentre as opções: menos de ½ litro, ½ e

1 litro, 1 litro e ½, mais de 1litro e ½, não sei ou não respondo. No entanto, o nº de refeições realizadas e a ingestão de água serão avaliadas a partir de dois parâmetros distintos, a fim de identificar se os adolescentes reconhecem as práticas saudáveis e se as praticam.

Os dados quantitativos sobre os hábitos alimentares foram obtidos a partir dos itens do questionário apresentados na figura 11. O questionário CrAdLiSa (87, 88) foi desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) em parceria com a DGS. Este questionário é resultado de uma discussão alargada na equipa da Saúde Escolar da DGS que deu origem a um consenso sobre os indicadores relevantes a ter em conta neste contexto. Como referido no PNSE 2015, encontra-se disponível numa plataforma eletrónica. É portanto autoadministrado, anónimo, aplicado com recurso a tecnologia de abordagem CAWI⁶.

Figura 11. Itens do questionário avaliados como indicadores de hábitos alimentares (HA).

Itens do questionário	Opções de resposta
Item 27 - Comes 2 porções de vegetais e 3 de fruta diariamente?	nunca às vezes quase sempre sempre, não sei ou não respondo.
Item 29 – Por dia, para te manteres com saúde, quantas vezes achas que deves comer?	2 vezes 3 vezes 4 vezes 5 vezes 6 vezes, mais de 7 vezes
Item 30 – Por dia comes? (independentemente de serem refeições principais ou lanches, seleciona o número de vezes que comes por dia)	2 vezes 3 vezes 4 vezes 5 vezes 6 vezes, mais de 7 vezes
Item 31 – Por dia, para te manteres com saúde, qual é a quantidade de água que pensas que deves beber? (seleciona uma das opções que caracteriza a quantidade de água que consideras que deverias beber por dia)	menos de ½ litro ½ e 1 litro, 1 litro e ½, mais de 1litro e ½, não sei ou não respondo
Item 32 – Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente?	menos de ½ litro ½ e 1 litro, 1 litro e ½, mais de 1litro e ½, não sei ou não respondo

⁶ CAWI é o acrónimo para Computer Assisted Web Interviewing que significa Entrevista Web Assistida por Computador. O CAWI é a técnica de inquérito estatístico realizada através da internet. O entrevistado é orientado durante a sua participação seguindo um algoritmo disponibilizado pelo computador através da internet. Esse software tem a capacidade de configurar a ordem e o tipo de questões baseando-se nas respostas anteriores, ou na informação conhecida sobre o participante.

Diante dos indicadores referidos acima e do modelo de análise apresentado, definiram-se múltiplas variáveis para operacionalização do estudo que segue a classificação descrita na figura 12. Os itens 29 e 31 assemelham-se aos itens 30 e 32 respectivamente e serão analisados para avaliar a consistência das respostas dos adolescentes identificando se o conhecimento que eles têm acerca dos hábitos alimentares se traduz em práticas alimentares saudáveis. Os demais itens serão correlacionados com os níveis de LS e com o IMC e estratificado por género, idade e escolaridade.

Figura 12. Classificação das variáveis do estudo

Variável	Tipo	Classificação	Escala
Literacia para a saúde (LS)	Quantitativa	Dependente	Numérica, ordinal, classes
Estado nutricional (IMC)	Quantitativa/ Qualitativo	Independente	Numérica, ordinal, classes
Hábitos alimentares - Ingestão de vegetais e frutas - Número de refeições diárias - Quantidade de água ingerida	Qualitativo	Independente	Numérica, ordinal, classes
Sociodemográficos - sexo - idade - escolaridade - local de residência	Qualitativo Quantitativo Qualitativo Qualitativo	Independente ou atributo	Nominal dicotómica Ordinal Nominal Nominal

As variáveis LS, IMC e hábitos alimentares serão ainda analisadas por área de residência para avaliar a existência de diferenças quanto a estes indicadores. Será considerada zona urbana os questionários provenientes de Setúbal e zona periurbana os oriundos de Setúbal periferia e Vila Franca de Xira. Vale ressaltar que Vila Franca de Xira apesar de ser uma cidade está fora dos grandes centros urbanos.

2.6. Desenho do estudo

O presente estudo pode ser classificado como um estudo observacional transversal, descritivo, analítico de correlação. Observacional porque não há intervenção do investigador. Este define a população alvo (adolescentes) e os indivíduos são agrupados de acordo com características específicas como idade, sexo, escolaridade e não de forma aleatória. É transversal porque os dados são colhidos uma única vez no tempo, não havendo período de acompanhamento, nem seguimento desses indivíduos. É descritivo porque descreve o perfil da amostra e não há manipulação de variáveis por parte do investigador. E, por fim, é analítico de correlação porque pretende analisar a correlação entre as diversas variáveis, as quais são definidas consoante as hipóteses levantadas pelo investigador.

Neste caso, portanto, o objeto de observação são os adolescentes que frequentam o ensino regular obrigatório em Portugal. A recolha dos dados teve como recurso a aplicação de um questionário, de autopreenchimento, disponível em formato digital, através da internet na página <http://renasceres.net>. Os dados que serão aqui apresentados representam uma primeira amostra preliminar, de duas regiões do país, Vila Franca de Xira e Setúbal, recolhidos em 2016.

Limitações do estudo: Alguns aspetos dos questionários merecem ser tidos em conta. O primeiro é o facto de ser de autopreenchimento, o que pode ser visto como uma vantagem para utilização em amostras de grandes dimensões, mas pode configurar uma fragilidade quanto à veracidade das respostas. Os questionários foram aplicados em sala de aula sob supervisão de professores e não de representantes do estudo.

O desenvolvimento pubertário dos adolescentes, de acordo com os critérios de Tanner(62) não foi avaliado, dadas as condições físicas da escola não garantirem a privacidade. Este pode caracterizar-se como um viés do estudo, incorrendo em erro quanto à classificação dos IMC. O facto do peso e altura ter sido obtido por autorrelato pode caracterizar-se como um viés de seleção, levando a subestimar os resultados de IMC(11).

2.7. População e amostra

Estando o estudo inserido no Programa Nacional de Saúde Escolar – PNSE, a população do estudo abrange todos os adolescente matriculados nos estabelecimentos de ensino regular, com faixa etária compreendida entre os 11 e 22 anos, inclusive, que frequentam o 3.º ciclo do Ensino Básico (7.º, 8.º e 9.º ano) e o Ensino Secundário (10.º, 11.º, 12.º ano). Em Portugal o 12º ano é o referencial mínimo de formação para todos (14).

Este estudo utiliza os dados recolhidos no âmbito do projeto referido anteriormente, incluindo assim adolescentes do distrito de Vila Franca de Xira e Setúbal. É uma amostra de conveniência, retirada a partir da base de dados da Direção-Geral de Educação - DGE, pois considera as regiões que já concluíram a recolha dos dados à data da elaboração deste trabalho. Na figura 13 estão apresentados os números que correspondem ao universo total da amostra e na figura 14 pode verificar-se os alunos matriculados na AML por ano de escolaridade.

A AML concentra 27,78% (n=149.139) do total de estudantes matriculados no 3.º ciclo do Ensino Básico e no Ensino Secundário em Portugal continental (n=536.913), distribuídos nos 18 municípios de abrangência. Os municípios de Vila

Franca de Xira e Setúbal englobam 20.481 alunos, o que representa 13,73% da população educativa desses ciclos de ensino da área metropolitana de Lisboa.

Figura 13. Alunos matriculados nos Ensinos Básico e Secundário, total e por nível de ensino, dos municípios estudados

Âmbito Geográfico	Ano 2015	Total 3ºciclo e secundário	Ensino Básico - 3º Ciclo	Ensino Secundário
Município de Setúbal		10.419	4.935	5.484
	Total geral	22.257		
Município de Vila Franca de Xira		10.062	4.937	5.125
	Total geral	23.318		

Fontes de Dados: DGEEC/MEd - MCTES - Recenseamento Escolar
 Fonte: PORDATA
 Última atualização: 2016-11-30

Do universo de alunos matriculados nos anos de escolaridade considerados neste estudo, do 7.º ao 12.º ano, as escolas que aderiram ao estudo nos concelhos de Vila Franca de Xira e Setúbal, (n=20.481), permitiram recolher uma amostra (n=783) o que representa 1,6% e 5,76% da população, respetivamente. Entre os 783 inquiridos, 15 (1,9%) não referiram em que concelho vivem. Foram incluídos na amostra os adolescentes matriculados nos anos de escolaridade acima indicados, cujos termos de consentimento informado foram assinados pelos encarregados de educação.

2.8. Técnica de recolha de dados

Todos os dados utilizados foram recolhidos por meio de um questionário único *on-line*, adaptado/desenvolvido para a população adolescente, com imagens gráficas e figuras que auxiliam as respostas. O questionário completo pode ser consultado no *link* <http://renasceres.net>, (no anexo 1 são identificados os indicadores utilizados neste estudo).

Figura 14. Alunos matriculados na Área Metropolitana de Lisboa por ano de escolaridade

Ano de escolaridade	Ciclo/Ensino	Área Metropolitana de Lisboa	
		Portugal	
7º ano	3º ciclo Ensino Básico	118.690	33.247
8º ano	3º ciclo Ensino Básico	106.187	29.737
9º ano	3º ciclo Ensino Básico	108.246	29.403
Total E. Básico		333.123	92.387
10º ano	Ensino Secundário	74.640	21.407
11º ano	Ensino Secundário	65.936	18.221
12º ano	Ensino Secundário	63.214	17.124
Total E. Secundário		203.790	56.752
	Total	536.913	149.139 (27,78)

Fonte: Estatísticas da Educação 2014/2015. Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC)

Seguiu-se uma metodologia de recolha CAWI em dois concelhos da área metropolitana de Lisboa. Para avaliar o nível de LS utilizou-se a versão validada do

questionário europeu HLS-EU-PT® (www.literacia-saude.info). As autorizações éticas foram garantidas junto da comissão de ética do Ministério de Educação e da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CrAdLiSa registo:0447300001; CNPD:9156/2014). Esta componente do estudo não beneficiou de financiamento, tendo os seus custos sido suportado pelos investigadores. O trabalho de campo que decorreu em 2016, está sob a responsabilidade da equipa de investigadores da DGS e da ENSP, das equipas locais de saúde e docentes responsáveis pela saúde escolar nas respetivas escolas.

2.9. Técnica de tratamento de dados

Os dados quantitativos disponíveis permitirão uma análise estatística descritiva das variáveis numéricas, através da avaliação da distribuição das frequências absolutas e acumuladas e percentagens, além do cálculo da média e desvio padrão. Para avaliar a associação estatística entre as variáveis, a escolha do teste foi condicionada pelo tipo de variável. De acordo com a literatura especializada consultada(67) para variáveis ordinais e de classes, indicam-se os testes não paramétricos de correlação, o Teste de Spearman e o Teste do Qui-quadrado, que indicaram a independência das variáveis (LS, HA e IMC) e as associações entre elas.

A inferência estatística teve por base o valor de significância 5% ($p=0,05$). Caso o valor p obtido no teste estatístico seja inferior ou igual a 0,05 ($p \leq 0,05$) significa que existe relação significativa entre as duas variáveis, enquanto que se o valor p for superior a 0,05 ($p > 0,05$) não se verifica a existência de relação ou diferença estatisticamente significativa entre as variáveis.

Toda a análise estatística dos dados foi estratificada por género, idade e escolaridade com recurso ao software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Science) versão 22.

Capítulo 3. Resultados

No decorrer deste capítulo, os dados serão apresentados conforme a sequência exposta anteriormente. A fim de facilitar a leitura, as tabelas estatísticas encontram-se no anexo 2. Primeiro, serão apresentados os dados referentes à análise descritiva, com a caracterização da amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas, seguindo-se a análise de frequência da variável dependente “literacia para a saúde (LS)” e das variáveis independentes (“consumo de vegetais e frutas”, “número de refeições por dia”, “ingestão de água diária” e “índice de massa corporal – IMC”). Por fim, serão indicados os resultados comparativos entre as zonas urbana (Setúbal) e periurbana (Vila Franca de Xira e Setúbal periferia) e os valores obtidos a partir da análise estatística inferencial aplicada para avaliar as relações entre as variáveis e a verificação das hipóteses do estudo.

A avaliação da fidelidade interna da escala HLS-EU-PT® desta amostra de adolescentes apresenta valores globais elevados (alfa de Cronbach $\alpha = 0.96$), sendo que as três dimensões da mesma escala se comportam igualmente com elevados níveis de fidelidade: cuidados curativos, $\alpha = 0.89$; prevenção da doença $\alpha = 0.90$; promoção da saúde $\alpha = 0.91$.

3.1. Análise descritiva

O estudo contou com a participação de 783 alunos, de ambos os sexos, predominantemente do género feminino, com idades compreendidas entre os 12 e os 21 anos, matriculados no 3.º ciclo do ensino básico (39,3%) e no ensino secundário (60,7%) dos concelhos de Vila Franca de Xira e Setúbal.

Nessa amostra, 61,6% (n=482) dos inquiridos apresentou bons níveis de LS, sendo 40,2% (n=315) LS suficiente e 18,1% (n=142) LS excelente. Quanto ao estado nutricional, 67,8% (n=531) encontra-se com IMC adequado, entre os percentis P15 e P85, 17,8% (n=139) apresentava baixo peso (abaixo de P15) e 14,4% (n=113) tinham excesso de peso (acima de P85). Quanto aos indicadores de hábitos alimentares, no consumo de vegetais e fruta, 26% (n=204) refere consumir *sempre* 2 porções de vegetais e 3 de fruta, enquanto apenas 7,2% (n=56) menciona *nunca* consumir as porções recomendadas. Em relação ao número de refeições diárias, 41,5% (n=325) acha que se deve comer 5 vezes ao dia para se manter saudável, no entanto apenas 30,4% (n=238) o faz, a maioria 34,7% (n=272) refere comer 4 vezes por dia, e no que se refere à ingestão de água, 49% (n=384) pensa que se deve beber entre um litro e litro e meio de água, porém apenas 31,3% (n=245) refere beber habitualmente essa quantidade de água. Os que pensam que se deve beber mais de litro e meio de água

por dia para se manter saudável representam 34% (n=266), mas apenas 15,2% (n=119) referiu beber essa quantidade ao longo dos últimos 12 meses. (Tabela 1)

Tabela 1 Síntese descritiva da amostra

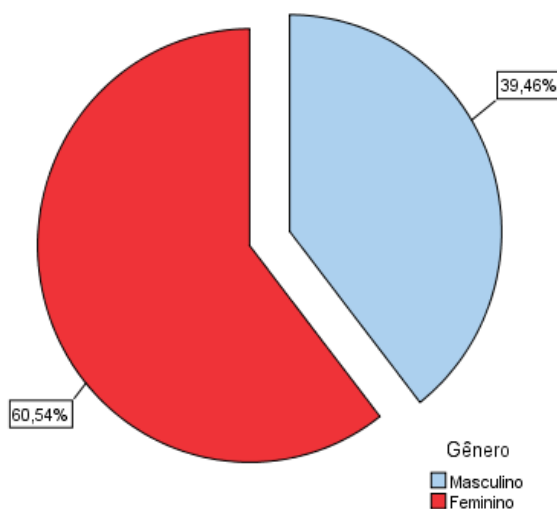
	Categorias	Total n=783 (%)	Masculino n=309 (39,5%)	Feminino n=474 (60,5%)
Idade	12 anos	19 (2,4%)	3 (1%)	16 (3,4%)
	13 anos	83 (10,6%)	37 (12%)	46 (9,7%)
	14 anos	99 (12,6%)	50 (16,2%)	49 (10,3%)
	15 anos	119 (15,2%)	47 (15,2%)	72 (15,2%)
	16 anos	161 (20,6%)	67 (21,7%)	94 (19,8%)
	17 anos	132 (16,9%)	51 (16,5%)	81 (17,1%)
	18 anos	102 (13%)	31 (10%)	71 (15%)
	19 anos	53 (6,8%)	22 (7,1%)	31 (6,5%)
	20 anos	8 (1%)	1 (3%)	7 (1,5%)
	21 anos	7 (0,9%)	-	7 (1,5%)
Escolaridade	7.º ano	79 (10,1%)	30 (9,7%)	49 (10,3%)
	8.º ano	119 (15,2%)	58 (18,8%)	61 (12,9%)
	9.º ano	110 (14%)	45 (14,6%)	65 (13,7%)
	10.º ano	216 (27,6%)	92 (29,8%)	124 (26,2%)
	11.º ano	168 (21,5%)	54 (17,5%)	114 (24,1%)
	12.º ano	91 (11,6%)	30 (9,7%)	61 (12,9%)
Área de residência	Setúbal	491 (62,7%)	232 (38,67%)	368 (61,33%)
	Setúbal periferia	109 (13,9%)		
	Vila Franca de Xira	168 (21,9%)	69 (22,3%)	99 (20,9%)
	Ausente	15 (1,9%)	8 (2,6%)	7 (1,5%)
Nível de literacia para a saúde (LS)	Inadequado	28 (3,6%)	6 (1,9%)	22 (4,6%)
	Problemático	209 (26,7%)	78 (25,2%)	131 (27,6%)
	Suficiente	315 (40,2%)	126 (40,8%)	189 (39,9%)
	Excelente	142 (18,1%)	59 (19,1%)	83 (17,5%)
	Ausentes	89 (11,4%)	40 (12,9%)	49 (10,3%)
Nível de literacia para a saúde (LS) dicotômica	LS Limitado	260 (33,2%)	97 (33,4%)	163 (36,1%)
	LS Bom	482 (61,6%)	193 (66,6%)	289 (63,9%)
	Ausente	41 (5,2%)	19 (6,1%)	22 (4,6%)
Índice de massa corporal (IMC)	Baixo peso	139 (17,8%)	57 (18,4%)	82 (17,3%)
	Normal	531 (67,8%)	202 (65,4%)	329 (69,4%)
	Excesso de peso	113 (14,4%)	50 (16,2%)	63 (13,3%)
Hábitos Alimentares Item 39. Consumo de vegetais e fruta	Sempre	204 (26%)	30 (9,7%)	26 (5,5%)
	Quase sempre	268 (34,2%)	101 (32,7%)	154 (32,5%)
	Às vezes	255 (32,6%)	106 (34,2%)	162 (34,2%)
	Nunca	56 (7,2%)	72 (23,3%)	132 (27,8%)
Número de refeições (Item 31. Por dia Comes)	2 vezes	17 (2,2%)	8 (2,6%)	9 (1,9%)
	3 vezes	96 (12,3%)	39 (12,6%)	57 (12%)
	4 vezes	272 (34,7%)	16 (37,5%)	156 (32,9%)
	5 vezes	238 (30,4%)	89 (28,8%)	149 (31,4%)
	6 vezes	104 (13,3%)	37 (12%)	67 (14,1%)
	Mais de 7 vezes	49 (6,3%)	17 (5,5%)	32 (6,8%)
	Não sei / não respondo	7 (0,9%)	3 (1%)	4 (0,8%)
Ingestão de água (Item 33. Ao longo tens bebido habitualmente)	Menos de ½ litro	92 (11,7%)	18 (5,8%)	74 (15,6%)
	Entre ½ litro e 1 litro	279 (35,6%)	83 (26,8%)	196 (41,4%)
	Entre 1 litro e 1 e ½ litro	245 (31,3%)	113 (36,6%)	132 (27,8%)
	Mais de 1 e ½ litro	119 (15,2%)	81 (26,2%)	38 (8%)
	Não sei / não respondo	48 (6,1)	14 (4,5%)	34 (7,2%)

Cont.		Total n=783 (%)	Masculino n=309 (39,5%)	Feminino n=474 (60,5%)
Hábitos Alimentares Número de refeições (Item 30. Por dia ... quantas vezes achas que deves comer?)	Categorias			
	2 vezes	5 (0,6%)	1 (0,3%)	4 (0,8%)
	3 vezes	56 (7,2%)	30 (9,8%)	26 (5,5%)
	4 vezes	214 (27,5%)	93 (30,4%)	121 (25,6%)
	5 vezes	325 (41,5%)	120 (39,2%)	205 (43,4%)
	6 vezes	134 (17,1%)	43 (14,1%)	91 (19,3%)
	Mais de 7 vezes	44 (5,6%)	19 (6,2%)	25 (5,3%)
	Não sei / não respondo	5 (0,6%)	3 (1%)	2 (0,4%)
Ingestão de água (Item 32. Por dia... qual é a quantidade de água que pensas que deves beber?)	Menos de ½ litro	17 (2,2%)	3 (1%)	14 (3%)
	Entre ½ litro e 1 litro	95 (12,1%)	32 (10,6%)	63 (13,7%)
	Entre 1 litro e 1 e ½ litro	384 (49%)	148 (49%)	236 (51,3%)
	Mais de 1 e ½ litro	266 (34%)	119 (39,4%)	147 (32%)
	Não sei / não respondo	21 (2,7%)	7 (2,3%)	17 (3%)

Caracterização da amostra

Quanto ao género, a amostra era composta por 60,5% (n=474) de alunos do sexo feminino e 39,5% (n=309) do sexo masculino (gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição dos alunos de acordo com o género



O género feminino predominante em números absolutos em todos os anos de escolaridade (gráfico 2).

A média de idade da amostra é de 15,9 anos (DP= 1,918), sendo a moda 16 anos. Os alunos com idades superiores a 19 anos, que representam 1,9% (n=15), foram incluídos na estatística inferencial, apesar de não cumprirem o critério de adolescência do PNSIJ (idade entre 11 e 19 anos), pois pertencem à comunidade educativa do ensino obrigatório (12.º ano). Não foi encontrado na amostra nenhum aluno com idade de 11 anos (gráfico 3).

Gráfico 2. Distribuição dos alunos quanto ao género por ano de escolaridade

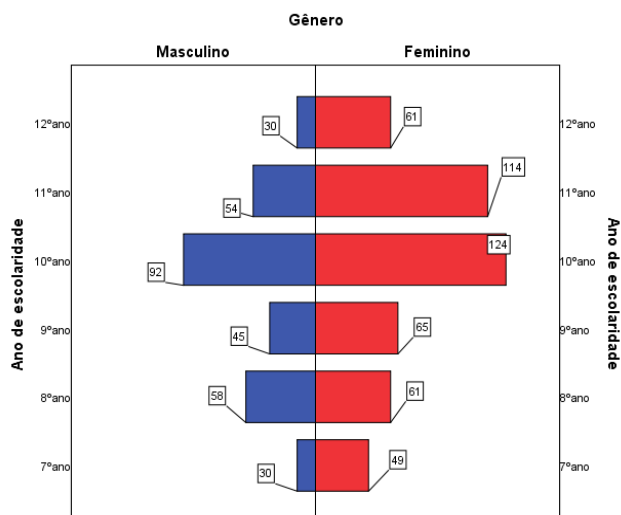
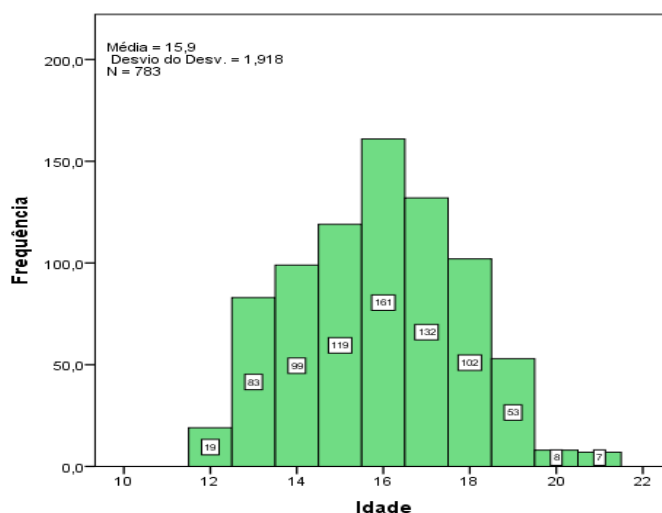


Gráfico 3. Distribuição dos alunos de acordo com a idade



Quanto ao ano de escolaridade, o 5.º e 6.º ano não estão contemplados na amostra, uma vez que a idade de referência para estes anos é inferior à encontrada na amostra (12 anos). Os anos de escolaridade representados no estudo com maior número de alunos matriculados são o 10.º e o 11.º ano do ensino secundário e que correspondem a 27,6% (n=216) e 21,5% (n=168), respetivamente (gráfico 4).

A amostra foi recolhida nos concelhos de Vila Franca de Xira e Setúbal que compõem a AML, de acordo com a classificação NUTSII⁷, onde 78,1% (n=600) dos alunos são residentes no distrito de Setúbal, dos quais 14,2% (n=109) se encontram na periferia, e 21,9% residem em Vila Franca de Xira (n=168) (gráfico 5).

⁷ NUTS II: Acrónimo de Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins estatísticos, estabelecidos pelo Decreto-Lei nº46/89 que define três níveis para os territórios portugueses de acordo com critérios populacionais, administrativos e geográficos. O nível II é constituído por sete unidades, 5 do continente (Norte, Centro, Área Metropolitana de Lisboa, Alentejo e Algarve) e as 2 Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores). (84)(85)

Gráfico 4. Distribuição dos alunos de acordo com o ano de escolaridade

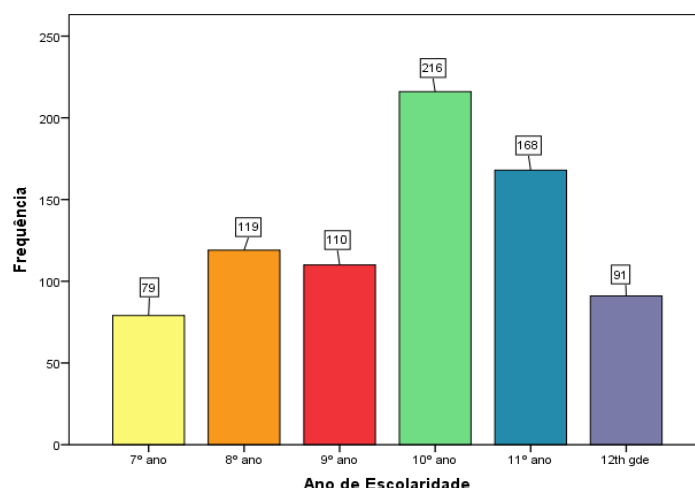
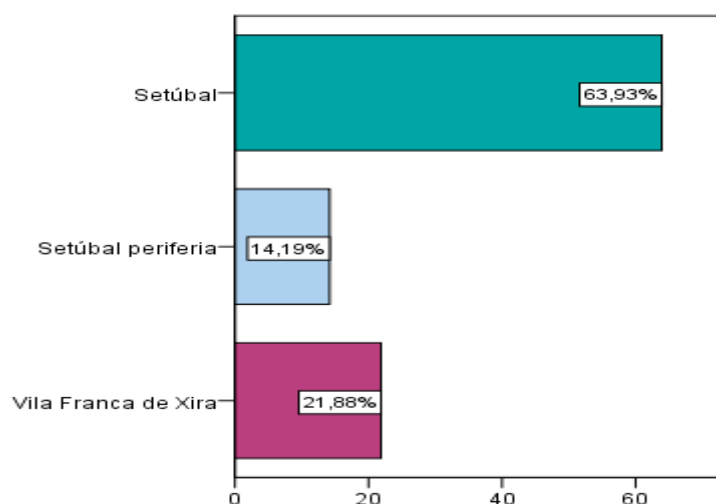


Gráfico 5. Distribuição dos alunos de acordo com a área de residência



Caracterização das variáveis

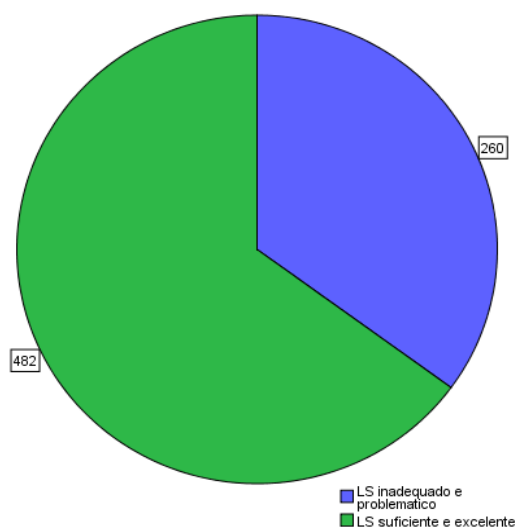
Quanto aos indicadores avaliados, o nível de LS classificado em quatro níveis, apresentou os seguintes valores: 4% (n=28) LS inadequado, 30,1% (n=209) LS problemático, 45,4% (n=315) LS suficiente e 20,5% (n=142) LS excelente. O gráfico 6 apresenta os resultados do nível de LS recodificado em duas categorias (Bom e Limitado), onde 65% (n=482) dos inquiridos tem bons níveis de LS.

A amostra foi recolhida nos concelhos de Vila Franca de Xira e Setúbal que compõem a AML, de acordo com a classificação NUTSII⁸, onde 78,1% (n=600) dos

⁸ NUTS II: Acrónimo de Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins estatísticos, estabelecidos pelo Decreto-Lei nº46/89 que define três níveis para os territórios portugueses de acordo com critérios populacionais, administrativos e geográficos. O nível II é constituído por sete unidades, 5 do continente (Norte, Centro, Área Metropolitana de Lisboa, Alentejo e Algarve) e as 2 Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores). (84)(85)

alunos são residentes no distrito de Setúbal, dos quais 14,2% (n=109) se encontram na periferia, e 21,9% residem em Vila Franca de Xira (n=168) (gráfico 5).

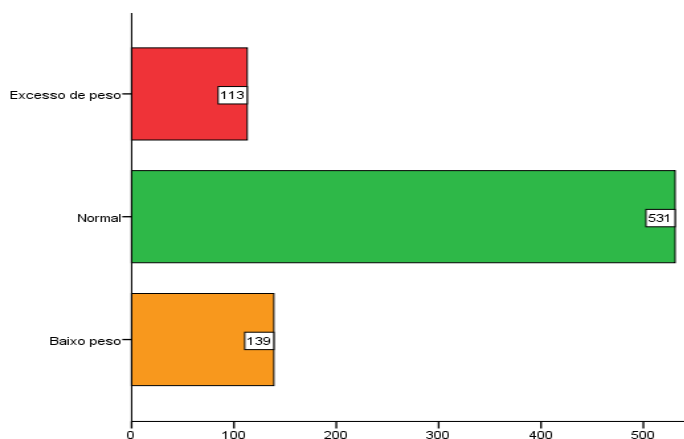
Gráfico 6 Distribuição dos alunos de acordo com os níveis de LS em Bom e Limitado



Relativamente ao estado nutricional, a classificação de acordo com os percentis permitiu identificar na amostra 67,8% de adolescentes com IMC adequado, ou seja, entre os percentis P15 e P85, abaixo de P15 foram contabilizados 17,8% com baixo peso e acima de P85, 14,4% com excesso de peso (sobrepeso e obesidade). No gráfico 7 pode visualizar-se que a quantidade de alunos com excesso de peso é ligeiramente inferior ao número de alunos que se encontram com baixo peso.

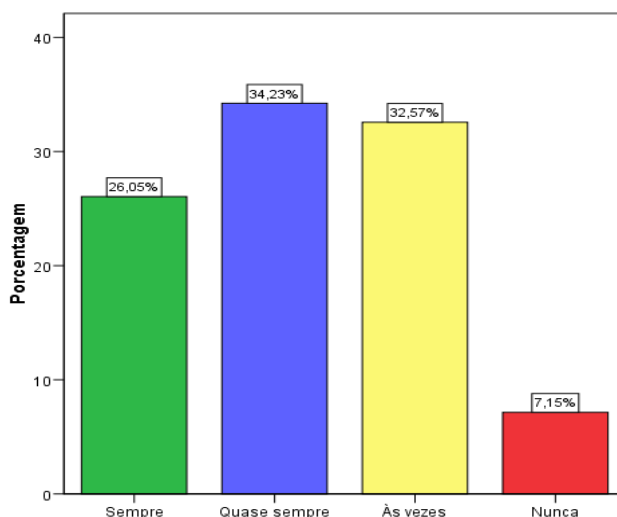
No que respeita aos hábitos alimentares, estes foram avaliados a partir de três indicadores (consumo de vegetais e fruta, número de refeições e ingestão de água), tendo o número de refeições e a ingestão de água dois parâmetros distintos, que serão descritos individualmente e apresentados a seguir.

Gráfico 7. Distribuição dos alunos de acordo com o IMC



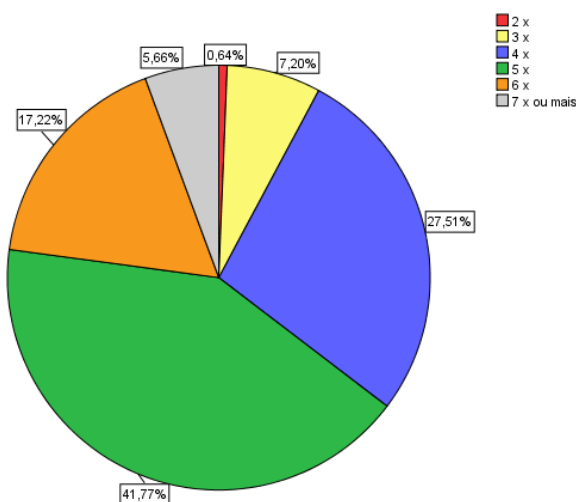
Em relação ao indicador *consumo de vegetais e frutas*, uma pequena percentagem dos adolescentes 26,1% (n=204) refere consumir *sempre* as 2 porções de vegetais e 3 de fruta diariamente. As opções *quase sempre* e *às vezes* apresentaram valores mais próximos 34,2% (n=268) e 32,6% (n=255), respetivamente. Apenas 7,2% (n=56) refere nunca consumir as porções referidas de vegetais e frutas (gráfico 8).

Gráfico 8. Distribuição dos alunos de acordo com o consumo 2 porções de vegetais e 3 de frutas diariamente



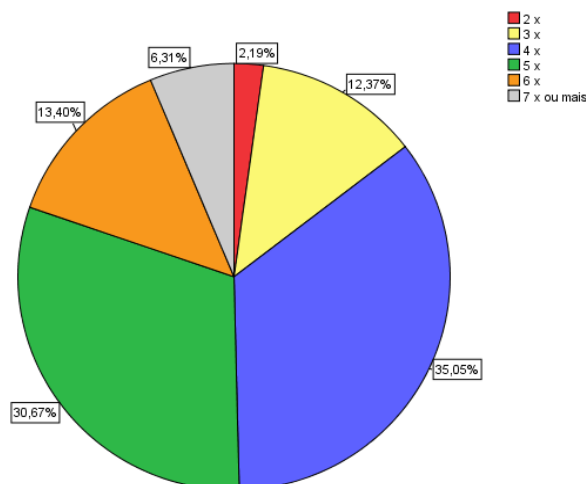
Quanto ao indicador *por dia, para te maneres com saúde, quantas vezes achas que debes comer?*, a maioria dos alunos, 41,8% (n=325) acha que para se manter saudável deve comer 5 vezes, seguido da opção 4 vezes, com 27,5% (n=214). Menos de 1% (n=5) dos inquiridos escolheu a opção 2 vezes, 7,2% (n=56) escolheu 3 vezes, 17,2% (n=134) acha que deve-se comer 6 vezes e 5,7% (n=44) mais de 7 vezes ao dia para manter-se saudável (gráfico 9).

Gráfico 9. Distribuição dos alunos de acordo com o número de vezes que acha que deve comer



Na pergunta *por dia comes?*, que retrata a prática realizada pelos alunos, os números mudam ligeiramente, sendo a frequência de 4 vezes ao dia a maior, com 35,1% (n=272), seguida da opção 5 vezes, com 30,7% (n=238). A opção 2 vezes foi referida por 2,2% (n=17), 12,4% (n=96) referiu 3 vezes, 6 vezes foi a opção de 13,4% (n=104) da amostra e 6,3% (n=49) referiu comer mais de 7 vezes. (gráfico 10).

Gráfico 10. Distribuição dos alunos de acordo com o número de vezes que come



Quanto ao indicador ingestão hídrica, este também foi avaliado de duas formas, através das perguntas *Por dia, para te manteres com saúde, qual é a quantidade de água que **pensas** que deve beber?* e da pergunta *Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que **tens** bebido habitualmente?* Para a primeira pergunta 49% (n=384) da amostra pensa que deve beber entre um litro e litro e meio e 34% (n=266) referiu mais de litro e meio, 12,1% (n=95) pensa que deve-se beber entre meio litro e um litro e 2,2% (n=17) pensa que menos de meio litro é a quantidade de água que deve-se beber para se manter saudável. Nessa amostra, 2,7% (n=21) não sabe ou não respondeu à esta questão. (gráfico 11).

Quanto a segunda pergunta, *Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que **tens** bebido habitualmente?* a opção mais expressiva foi o intervalo entre meio e um litro com 35,6% (n=279) seguida da opção entre um litro e litro e meio com 31,3% (n=245). As opções extremas, menos de meio litro e mais de litro e meio tiveram percentagens aproximadas e expressivas, 11,7% (n=92) e 15,2% (n=119) respectivamente e 6,1% (n=48) não sabia quantificar a quantidade de água ingerida habitualmente ou não respondeu (gráfico 12).

Gráfico 11. Distribuição dos alunos de acordo com a quantidade de água que pensa que deve beber diariamente

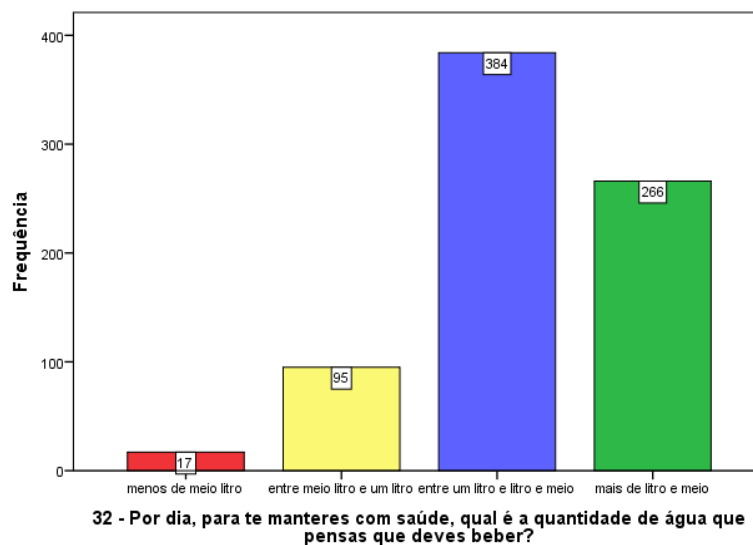
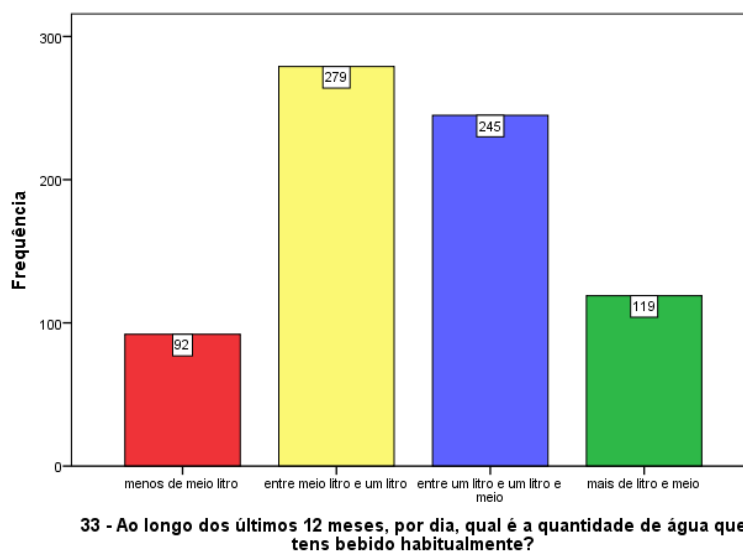


Gráfico 12. Distribuição dos alunos de acordo com a quantidade de água que bebe habitualmente



3.2. Análise estatística inferencial

Após a apresentação da estatística descritiva, segue-se a análise inferencial, realizada para avaliar as possíveis diferenças, associações, independências e correlações entre as variáveis. Na tabela 2 encontra-se a síntese do teste de correlação de Spearman aplicado a todas as variáveis para avaliar a existência de correlação entre as variáveis dependentes, independentes e de atributo.

Como se pode verificar, das correlações investigadas, 50% apresentaram valores p superiores à 0,05, o que nos leva a aceitar a hipótese dessas variáveis serem independentes, ou seja, não há correlação entre elas. O nível de LS foi

analisado quanto a classificação dicotômica (Bom e Limitado) e não de acordo com a classificação geral, em quatro níveis.

Tabela 2. Teste de Correlação de Spearman entre as variáveis dependentes, independentes e de atributo

rô de Spearman	Sig. (valor p)				
	Gênero	Idade	Escolaridade	LS	IMC
LS	0,467	0,001	0,003		0,885
Consumo de vegetais e frutas	0,067	0,003	0,005	0,012	0,037
Número de refeições	0,115	0,233	0,452	0,684	0,027
Ingestão de água	<0,001	0,002	<0,001	0,161	0,099
IMC	0,689	0,010	0,151		

Na tabela 3 estão identificadas as variáveis correlacionadas e seus respectivos coeficientes, onde apenas a correlação do consumo de vegetais e frutas com a idade e escolaridade apresentaram correlação de sentido positivo, ou seja, o consumo de vegetais e frutas aumenta com o aumento da idade e da escolaridade. Em todas as outras correlações analisadas as variáveis relacionam de forma negativa, indicando que quando uma variável aumenta a outra diminui.

Tabela 3. Coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis dependentes, independentes e de atributo

rô de Spearman	Coeficiente de correlação				
	Gênero	Idade	Escolaridade	LS	IMC
LS		-,127**	-,110**		
Consumo de vegetais e frutas		,105**	,101**	-,092*	-,075*
Número de refeições					-,079*
Ingestão de água	-,305**	-,116**	-,148**		
IMC		-,092*			

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

**.. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Assim sendo, após verificado o cumprimento das condições de aplicabilidade do teste do qui-quadrado (χ^2), os resultados permitiram avaliar a distribuição e o comportamento das variáveis. Na tabela 4 encontra-se um resumo com os valores p resultantes das correlações analisadas.

Os valores de p encontrados no teste do χ^2 confirmam a independência das variáveis LS em relação ao gênero ($p=0,467$), número de refeições ($p=0,305$), ingestão de água ($p=0,252$) e IMC ($p=0,545$), como também a independência do IMC e do

consumo de vegetais e frutas em relação ao género ($p=0,434$ e $p=0,104$ respectivamente). Para a correlação entre o consumo de vegetais e frutas e a ingestão de água em relação a idade, o teste do χ^2 apresentou valores p inferiores à 0,05 o que nos leva a rejeitar a independência das variáveis uma vez que existe evidência da relação.

Tabela 4. Coeficiente de correlação do Qui-Quadrado (χ^2)

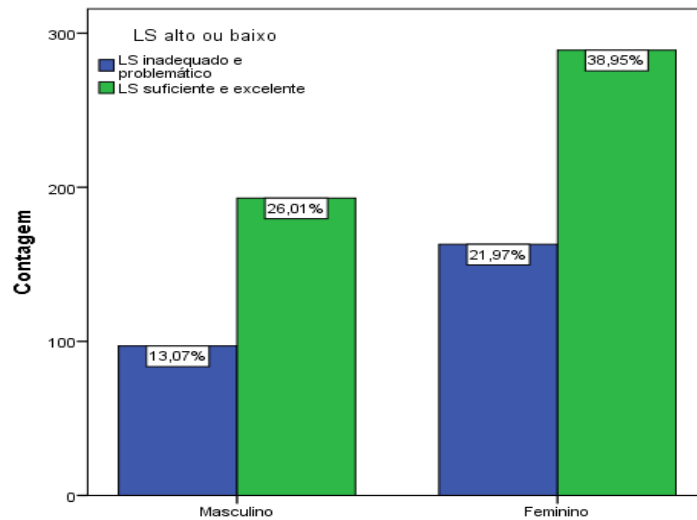
Qui-Quadrado (χ^2)	Sig. (valor p)				
	Género	Idade	Escolaridade	LS	IMC
LS	0,467	0,002	0,002		0,545
Consumo de vegetais e frutas	0,104	0,112	0,012	0,036	0,013
Número de refeições	0,674	<0,001	0,002	0,340	0,013
Ingestão de água	<0,001	0,152	0,002	0,252	0,032
IMC	0,434	<0,001	0,011		

3.2.1. Análise da relação entre a literacia para saúde (LS) segundo género, idade e escolaridade

Quando analisados os níveis de LS em relação ao género, pelo teste de Spearman o valor p encontrado ($p=0,467$) indica que não há relação estatística entre os níveis de LS e o género, o que confirma-se pelo teste do χ^2 cujo valor $p=0,467$. No entanto, através do χ^2 é possível verificar a distribuição da LS entre os géneros e o comportamento do género quanto aos níveis de LS. Dos 65% ($n=482$) de adolescentes que apresentam elevados níveis de LS, 60% são raparigas ($n=289$), estas representam 63,9% do total de raparigas ($n=452$). Em termos percentuais, o género masculino apresenta valores superiores ao género feminino, onde 66,6% ($n=193$) do total de rapazes ($n=290$) tem bons níveis de LS. Em relação aos baixos níveis de LS, as raparigas representam 62,7% ($n=163$) e os rapazes representam 37,3% ($n=97$). Sendo assim é possível afirmar que na nossa amostra de adolescentes, em termos percentuais, os rapazes apresentam melhores níveis de LS alto e menores níveis de LS baixo quando comparados com as raparigas. (gráfico 13).

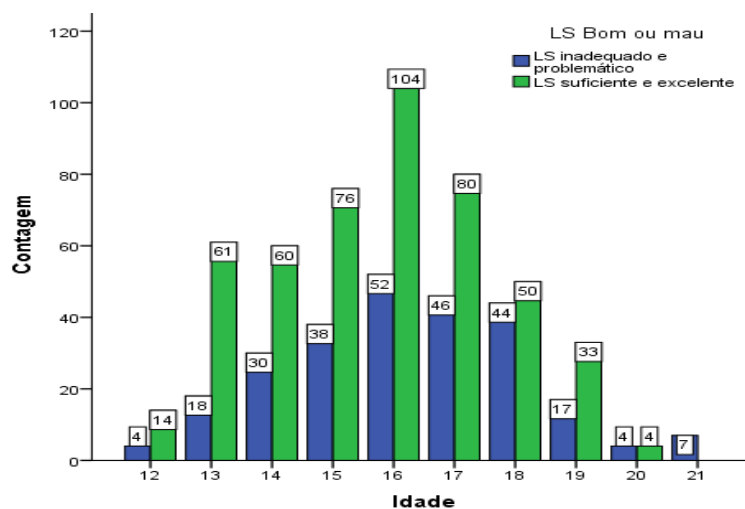
Em relação à idade, o teste de Spearman ($p=0,001 / -0,127$) indica a existência de uma fraca relação de sentido contrário, ou seja, na amostra o aumento da idade levou a um decréscimo dos níveis de LS observados. Este facto é confirmado quando aplicado o teste do χ^2 , cujo valor $p=0,002 < 0,05$ indica haver, apesar de fraca, uma

Gráfico 13. Distribuição dos alunos de acordo com os níveis de LS por gênero



relação entre os níveis de LS e a idade. É possível verificar que à medida que a idade aumenta, os percentuais de LS alta diminuem. Dos alunos com 12 anos, 77,8% (n=14) tem LS alta, enquanto dos alunos com 20 anos (n=8), apenas metade tem LS elevada. Convém salientar que, dos alunos com 21 anos (n=7), nenhum apresentou níveis elevados de LS. Os percentuais mais elevados de LS alta encontram-se na faixa etária entre os 15 e 17 anos, sendo os adolescentes de 16 anos os que apresentam o maior valor (21,6%, n=104), seguido dos com 17 anos (16,6%, n=80) e 15 anos (15,8%, n=76). (gráfico 14)

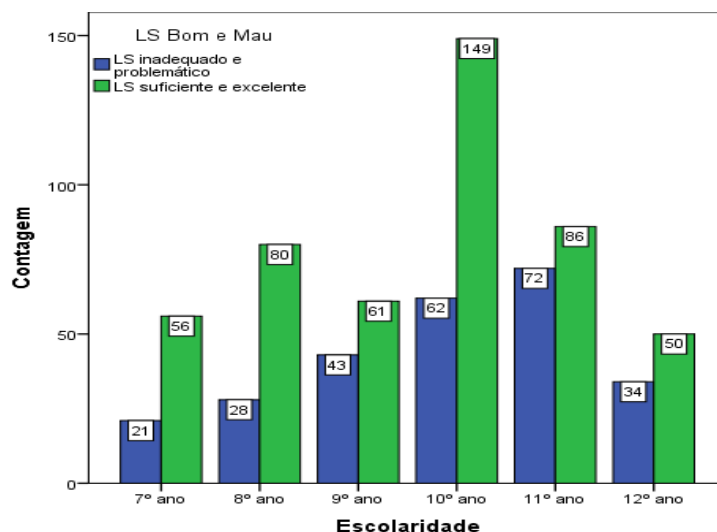
Gráfico 14. Distribuição dos alunos de acordo com os níveis de LS por idade



O mesmo parece ocorrer quando analisamos a LS e os anos de escolaridade, onde o ρ de Spearman encontrado foi $p=0,003 / -0,110$ e o teste do χ^2 valor $p=0,002$. Ambos indicam a existência de uma associação de intensidade fraca a moderada entre as variáveis, que variam em sentidos opostos. O 8.º ano de escolaridade foi o

que apresentou maior percentual de LS Bom (74,1%, n=80), seguido do 10.º ano, com 70,6% (n=149). O 11.º ano foi o que apresentou percentual mais elevado de LS limitado (45,6%, n=72). No gráfico 14 é possível visualizar a distribuição da LS entre os anos de escolaridade, cuja relação é estatisticamente significativa. (gráfico 15)

Gráfico 15. Distribuição dos alunos de acordo com os níveis de LS por escolaridade



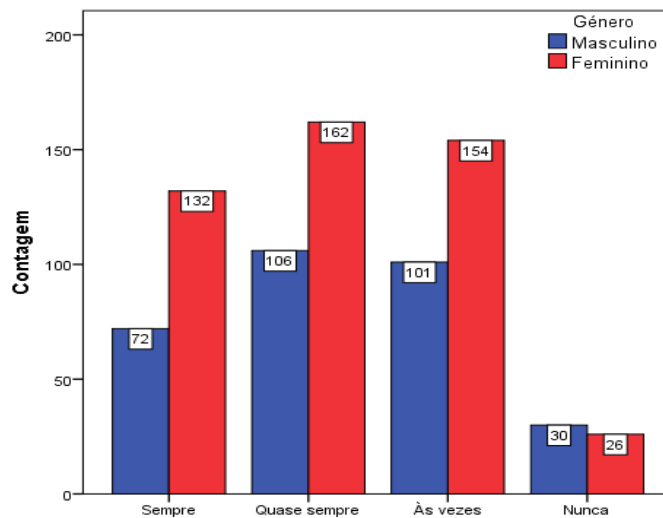
3.2.2. Análise da relação entre os indicadores de hábitos alimentares (HA) segundo género, idade e escolaridade

Quando analisamos os três indicadores pelo teste de Spearman, consumo de vegetais e fruta ($p=0,067$), número de refeições ($p=0,115$) e ingestão de água ($p<0,001$), separadamente em relação ao género, os valores p encontrados para os dois primeiros indicadores apontam para a independência destas variáveis, enquanto que para a ingestão de água o valor p significa que as variáveis não são independentes.

O teste do χ^2 confirma a independência do género em relação ao consumo de vegetais e frutas cujo $p=0,104$ e ao número de refeições cujo $p=0,674$, ambos valores p superiores a 0,05. Entretanto, aponta a existência de evidência da relação para com a ingestão de água ($p<0,000$) cujo valor p é inferior a 0,05.

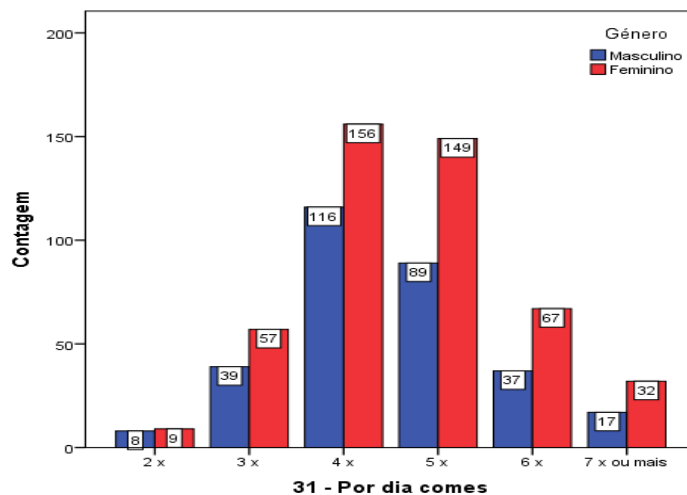
Para os indicadores consumo de vegetais e fruta e número de refeições, cujos valores p foram superiores a 0,05, pode-se afirmar que não há relação e aceita-se a independência das variáveis, ou seja, para estes indicadores, ser rapaz ou rapariga não tem qualquer influência. Porém, pode destacar-se o facto de que são as raparigas 64,7% (n=132) que mais referem consumir sempre 2 porções de vegetais e 3 de fruta. (gráfico 16)

Gráfico 16. Distribuição dos alunos de acordo com o consumo 2 porções de vegetais e 3 de frutas por gênero



A realização de 4 refeições diárias foi a mais prevalente em ambos os gêneros, sendo superior nas raparigas 57,4% (n=156) enquanto nos rapazes o valor reduz para 42,6% (n=116). Seguiu-se a opção 5 vezes, novamente superior nas raparigas 62,6% (n=149) enquanto nos rapazes o valor foi de 37,4% (n=89). Como apresentado no gráfico 17, os percentuais encontrados para na opção come 3 vezes (12,4%) e 6 vezes (13,4%) foram semelhantes e não variaram muito quanto ao gênero.

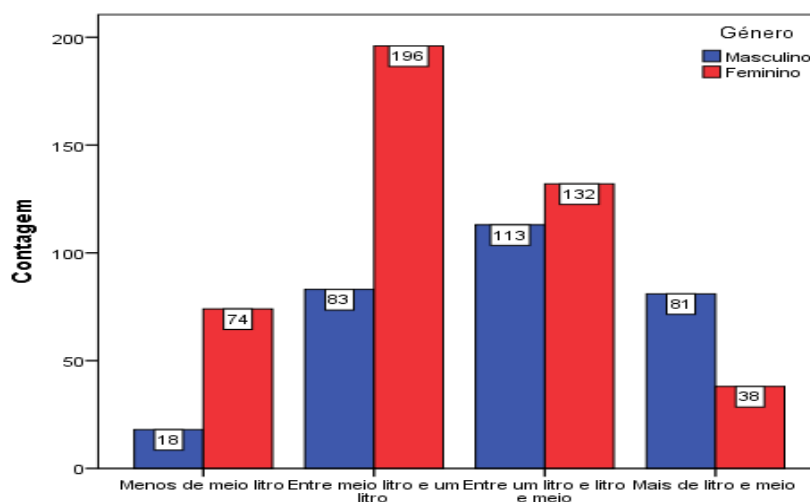
Gráfico 17. Distribuição dos alunos de acordo com o número de refeições por gênero



Já para o indicador ingestão de água, cujo valor $p < 0,001$ revela a evidência da relação, ou seja, existe relação entre a ingestão de água e o gênero, onde as raparigas destacam-se por apresentar o maior percentual 80,4% (n=74) entre os que ingerem menos de meio litro de água, enquanto que os rapazes representam 68,1% (n=81) dos que ingerem mais de litro e meio e apenas 8% (n=38) das raparigas refere

ter este hábito. Os valores entre rapazes e raparigas aproximam-se quando a ingestão referida é entre um litro e litro e meio (46,1% e 53,9% respectivamente). (gráfico 18)

Gráfico 18. Distribuição dos alunos de acordo com a ingestão de água por género

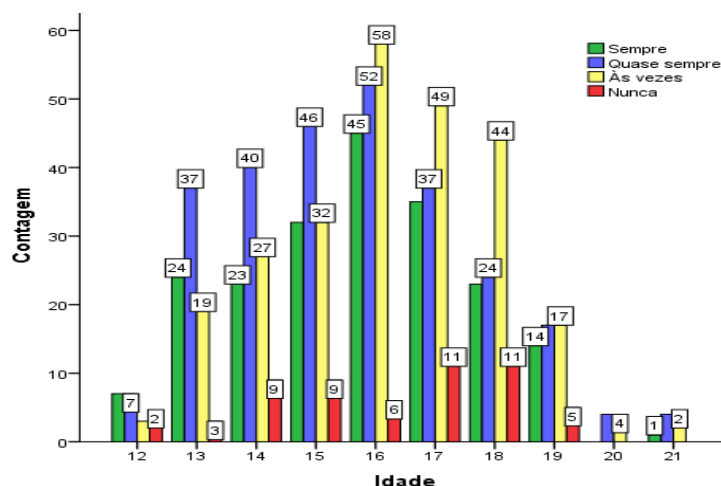


No que se refere à idade, o teste de correlação de Spearman indica que o consumo de vegetais e frutas $p=0,003$ e a ingestão de água $p=0,002$ estão correlacionadas, uma vez que o valor p é inferior a 0,05 rejeita-se a independência das variáveis e aceita-se a evidência da relação. Quanto ao número de refeições o $p=0,233$ assume-se a independência das variáveis. O Coeficiente da correlação entre o consumo de vegetais e frutas e a idade foi de 0,105 o que significa uma relação de moderada de sentido positivo, ou seja a medida que a idade aumenta, o consumo de vegetais e frutas tende a aumentar também. O Contrário aconteceu com a ingestão de água que apresentou uma relação de menor intensidade e sentido negativo (-0,116) indicando que a ingestão de água diminui com o avanço da idade.

Entretanto, o valor p do teste do χ^2 para o indicador consumo de vegetais e frutas ($p=0,112$) e para a ingestão de água ($p=0,152$), ambos superiores 0,05 indicam que as variáveis são independentes, ou seja não há relação entre estes indicadores com a idade. Para o indicador número de refeições o valor $p < 0,001$, significa que existe evidência da relação e que por isso as variáveis não são independentes.

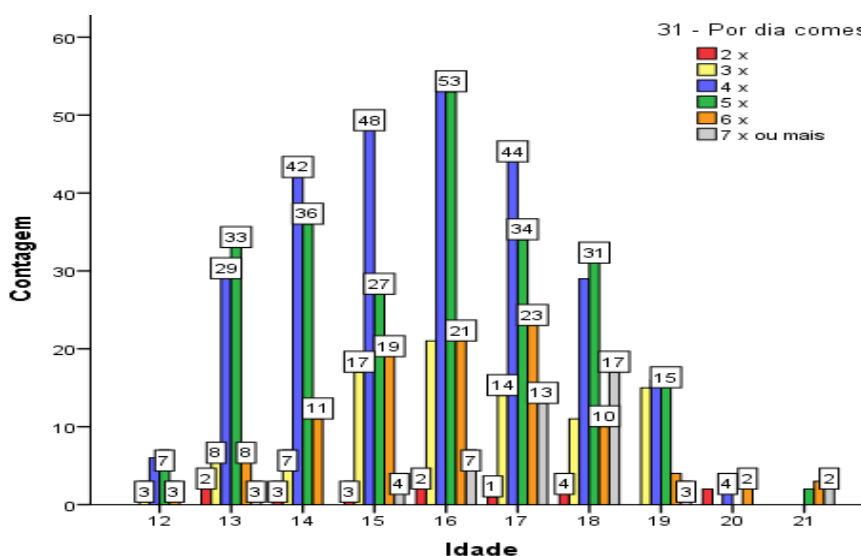
No gráfico 19 encontra-se disposta a distribuição do consumo de vegetais e fruta em relação à idade, e é possível destacar que dos 26,1% ($n=204$) que consomem *sempre* as 2 porções de vegetais e 3 de fruta, a maioria tem 16 anos 22,1% ($n=45$). Entre os adolescentes de 14 e 15 anos, há 16,1% ($n=9$) em cada idade que afirma *nunca* cumprir com esta recomendação, sendo a maior prevalência na faixa etária dos 18 anos, com 19,6% ($n=11$). A opção *nunca* perfaz 7,2% ($n=56$) da amostra.

Gráfico 19. Distribuição dos alunos de acordo com o consumo 2 porções de vegetais e 3 de frutas por idade



No gráfico 20 é possível observar que em todas as idades a prática mais frequente é a realização de 4 ou 5 refeições diárias, Os percentuais são maiores entre os adolescentes que fazem 4 refeições, variam entre 28,4% na faixa etária dos 18 anos e 50% para a faixa etária dos 20 anos. Esses valores diminuem quando passamos para 5 refeições, situando-se entre 22,9% e 39,8% que correspondem a faixa etária dos 15 e 13 anos. As faixas etárias dos 17 e 18 anos, são as que apresentam maior percentual de adolescentes que referem fazer mais de 7 refeições (26,5% e 34,7%).

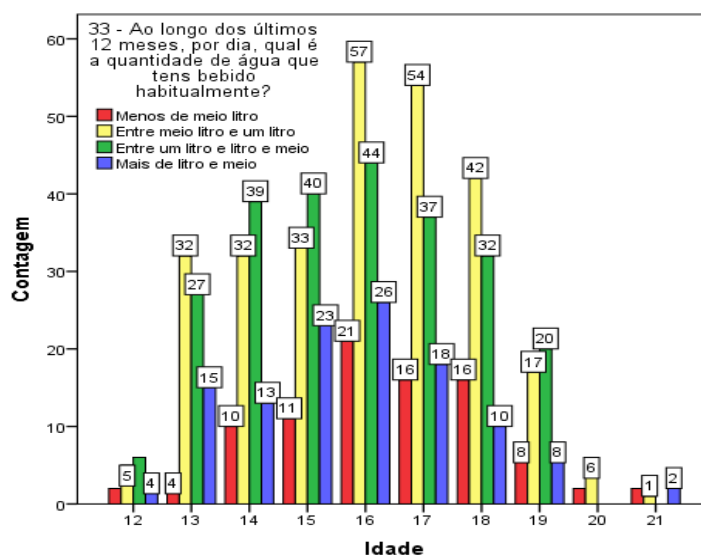
Gráfico 20. Distribuição dos alunos de acordo com o número de refeições por idade



Relativamente à ingestão de água, podemos dizer que a maioria (38% da amostra, n=279) ingere entre meio e um litro e 75% destes têm 20 anos. Os que bebem mais de um litro e meio de água representam apenas 16,2% (n=119) do total de adolescentes inquiridos e estão entre as faixas etárias mais elevadas, 40% tem 21

anos, seguido depois pela faixa etária dos 12 anos, com 23,5%. Entre os 12,5% (n=92) que estão no patamar mínimo de ingestão hídrica, menos de meio litro, as faixas etárias maiores são as que apresentam piores resultados 40% tem 21 anos, 25% tem 20 anos e 16% tem 18 anos. (gráfico 21)

Gráfico 21. Distribuição dos alunos de acordo com a ingestão de água por idade

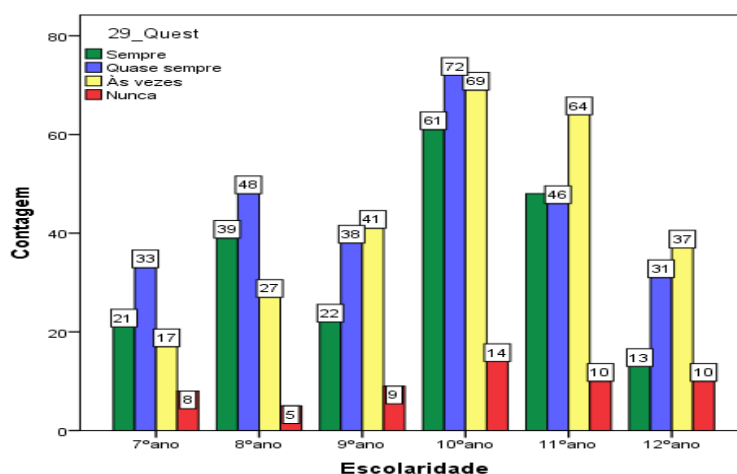


Por fim, quando estratificamos os indicadores dos hábitos alimentares pela escolaridade, verificamos que de acordo com teste de Spearman há relação em dois dos três indicadores. O indicador consumo de vegetais e frutas ($p=0,005$) e ingestão de água ($p<0,001$) cujos valores p são inferiores a 0,05, aceita-se que as variáveis não são independentes, ou seja, existe evidência da relação entre estes indicadores e a escolaridade, verificando-se que quanto maior a escolaridade, maior o consumo de vegetais e frutas e maior a ingestão de água, O indicador número de refeições cujo valor $p=0,452$ não apresenta relação, ou seja, é uma variável independente da escolaridade; uma vez que p é superior a 0,05, assume-se a independência da variável e a inexistência da relação. O coeficiente de correlação do consumo de vegetais e frutas com a escolaridade (0,101) é fraca de sentido positivo, indicando que o aumento do consumo de vegetais e frutas acompanha o avanço da escolaridade, o mesmo não acontece com a ingestão de água, cujo coeficiente (-0,148) indica relação de sentido oposto, ou seja, a medida que a escolaridade aumenta, diminui-se a ingestão de água.

Quando aplicado o teste do χ^2 , todos os indicadores, consumo de vegetais e frutas ($p=0,012$), número de refeições ($p=0,002$) e ingestão de água ($p=0,002$), apresentaram valores de p inferiores a 0,05 o que nos leva a rejeitar a independência das variáveis, ou seja, a escolaridade tem correlação com todos os indicadores.

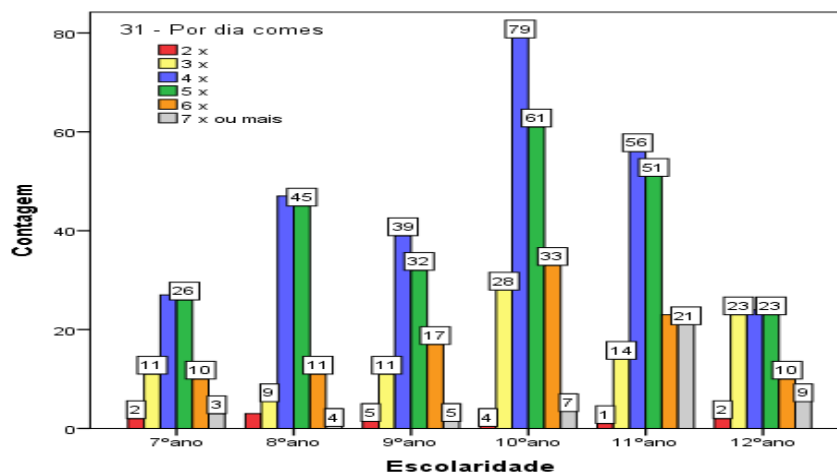
Apesar de haver relação entre o consumo de vegetais e fruta e a escolaridade, é difícil identificar um padrão linear, No entanto verifica-se que o 8º ano é mais representativo entre os que consomem *sempre* as 2 porções de vegetais e 3 de fruta com 32,8% (n=39). Por sua vez, o 10.º ano concentra o maior percentual de alunos (29,9%, n=61) entre os que consomem *sempre* (26,1% n=204) e o mais elevado também entre os que *nunca* consomem 25% (n=14) do total dessa opção 7,2% (n=56). (gráfico 22)

Gráfico 22. Distribuição dos alunos de acordo com o consumo 2 porções de vegetais e 3 de frutas por escolaridade



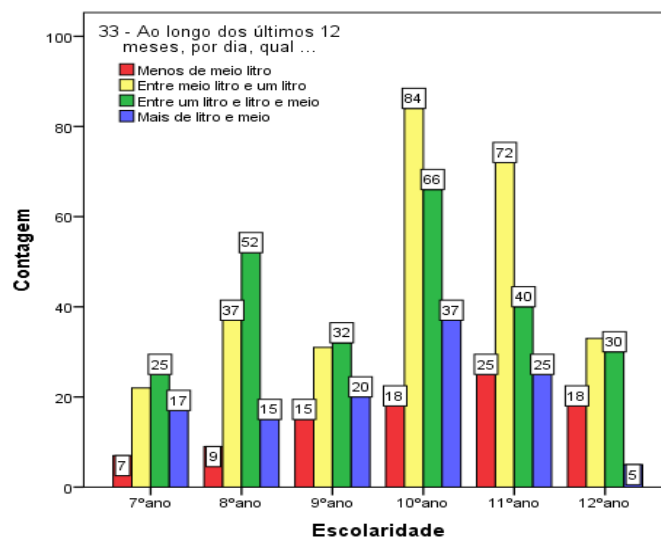
O gráfico 23 demonstra que a frequência de 4 refeições diárias é a opção mais prevalente, independentemente do ano de escolaridade 35,1% (n=272), variando entre 34,2% (n=27) no 7.º ano e 26,4% (n=24) no 12º ano, atingindo o valor mais alto no 8.º ano, com 39,5%. A opção seguinte, comer 5 vezes ao dia, representa 30,7% (n=238) da amostra, e é maior entre os alunos do 8.º ano (37,8%, n=45) e menor entre os do 12.º ano (25,3%, n=23). Os que referiram comer 7 vezes ou mais, representam 6,3% (n=49) da amostra e destes 42,9% (n=21) frequentam o 11ºano.

Gráfico 23. Distribuição dos alunos de acordo com o número de refeições por escolaridade



No que respeita à ingestão de água, entre os que ingerem mais de litro e meio 16,2% (n=119), 23,9% (n=17) encontram-se no 7.º ano e apenas 5,8% (n=5) são do 12.º ano. Quando olhamos para a ingestão mínima, menos de meio litro de água, 12,5% (n=92) da nossa amostra, o maior valor encontrado refere-se aos alunos do 11.º ano (27,2%, n=52). A maioria dos inquiridos 38% (n=279) referiu beber entre meio litro e litro e meio, estando 44,4% (n=72) a frequentar o 11ºano (gráfico 24)

Gráfico 24. Distribuição dos alunos de acordo com a ingestão de água por escolaridade



3.2.3. Análise da relação entre Índice de massa corporal (IMC) segundo género, idade e escolaridade

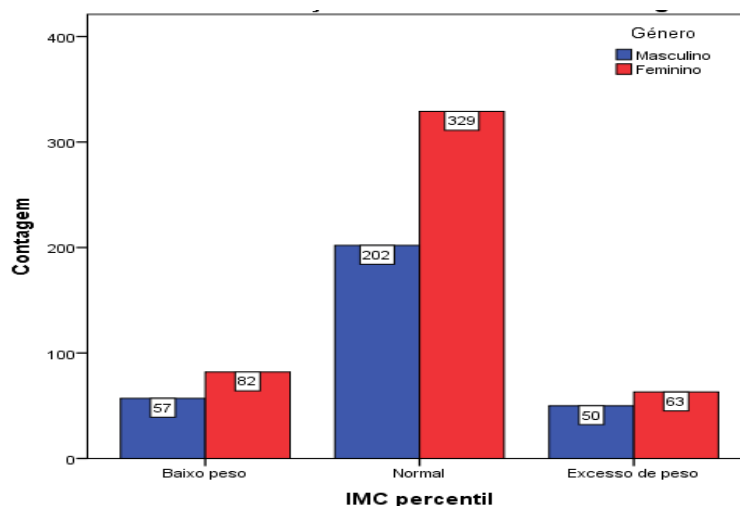
A análise da correlação do IMC, entre as variáveis de atributo, segundo o teste de Spearman indica que não há relação deste com o género ($p=0,689$), nem com a escolaridade ($p=0,151$), mas existe evidência da relação deste com a idade ($p=0,010$), cujo coeficiente (-0,092) indica a existência de relação de sentido oposto, onde a medida que idade aumenta o IMC tende a diminuir.

O valor p resultante do teste χ^2 para o IMC e género foi de $p=0,434$, valor superior a 0,05. Sendo assim, podemos afirmar que não há relação entre as variáveis e que as mesmas são independentes. Quanto à idade, o $p<0,001$ indica haver evidência da relação, ou seja, o IMC e a idade são dependentes. O mesmo ocorre com a escolaridade ($p=0,011$) em ambos o valor p é $<0,05$, rejeita-se assim a independência das variáveis e aceita-se a evidência da relação, apesar de fraca.

A classificação do IMC de acordo com género permite-nos identificar que as raparigas apesar de estarem em maior número, em termos percentuais apresentam valores inferiores ao dos rapazes tanto na categoria de baixo peso como no excesso de peso. A amostra tem 17,8% (n=139) adolescentes com baixo peso, dos quais

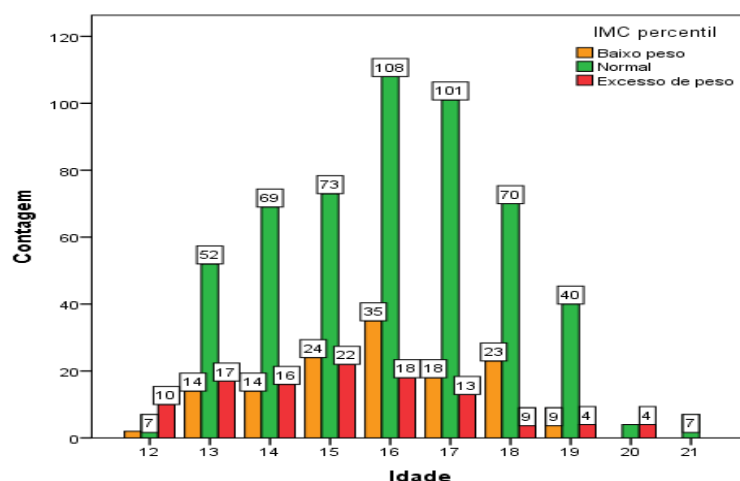
18,4% (n=57) são rapazes e dos 14,4% (n=113) que estão com excesso de peso, 16,2% (n=50) são rapazes. No gráfico 25 encontra-se representado a distribuição do IMC de acordo com o género, onde é possível verificar que do total das raparigas (n=474), 13% encontra-se com excesso de peso, valor inferior ao encontrado nos rapazes (16,2%). (gráfico 25)

Gráfico 25. Distribuição dos alunos de acordo com o IMC por género



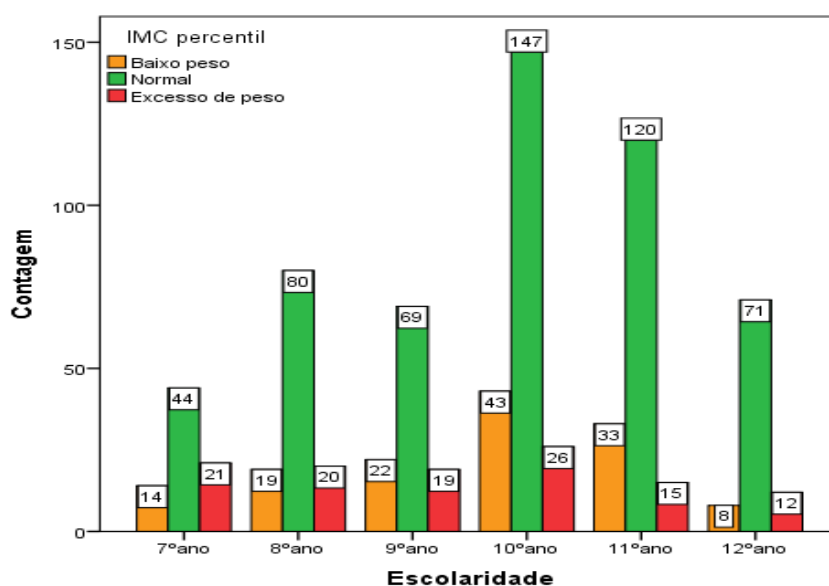
No que respeita à idade, é na faixa etária dos 12 anos que encontramos o maior percentual 52,6% (n=10) de adolescentes com excesso de peso, esse percentual tende a reduzir a medida que a idade aumenta, sendo o menor percentual 7,5% (n=4) na faixa dos 19 anos. Avaliando desta forma, o IMC parece diminuir com o avanço da idade; no entanto, quando olhamos para o outro escalão do IMC, dos que apresentam baixo peso 17,8% (n=139) na amostra, é também na faixa etária dos 12 anos que encontramos o menor valor 10,5% (n=2), passando para 17% (n=9) na faixa etária dos 19 anos. Dito de outra forma, na amostra em estudo, conforme a idade aumenta, o excesso de peso diminui e o baixo peso aumenta. (gráfico 26)

Gráfico 26. Distribuição dos alunos de acordo com o IMC por idade



Em relação à escolaridade, observa-se que o excesso de peso é mais prevalente entre os alunos do 7.º ano, no qual se encontram 26,6% (n=21) dos adolescentes, em comparação o 11.ºano em que se encontram 8,9% (n=15). Os anos de escolaridade mais avançados, 12ºano e 11ºano apresentam percentuais mais elevados de IMC normal, 78% (n=71) e 71,4 (n=120) respectivamente. O baixo peso é a categoria mais prevalente entre os adolescentes do 10ºano, com 30,9% (n=43) que representa 19,9% dessa turma. O IMC mais baixo tende a ser mais prevalente com o aumento da escolaridade, relação inversa com o observado para os IMC mais elevados, que tendem a diminuir quanto maior a escolaridade (gráfico 27)

Gráfico 27. Distribuição dos alunos de acordo com o IMC por escolaridade



Em resumo, e face aos dados expostos, a análise das variáveis dependentes e independentes de acordo com os fatores de atributo (género, idade e escolaridade), pode afirmar-se a um nível de significância de 5% que as variáveis LS, consumo de vegetais e fruta, número de refeições e IMC são independente do género. O consumo de vegetais e fruta e a ingestão de água são igualmente independente da idade. A escolaridade apresenta correlação com todos os indicadores: LS, consumo de vegetais e frutas, número de refeições, ingestão de água e IMC. O género foi o único atributo que apresentou relação com uma das variáveis, a ingestão de água. A LS e o IMC apresentam correlação com a idade e a escolaridade e são, portanto, dependentes, conforme pode ser observado na tabela 4.

3.2.4. Análise da relação entre as variáveis dependentes (LS e IMC) e as variáveis independentes (hábitos alimentares e IMC)

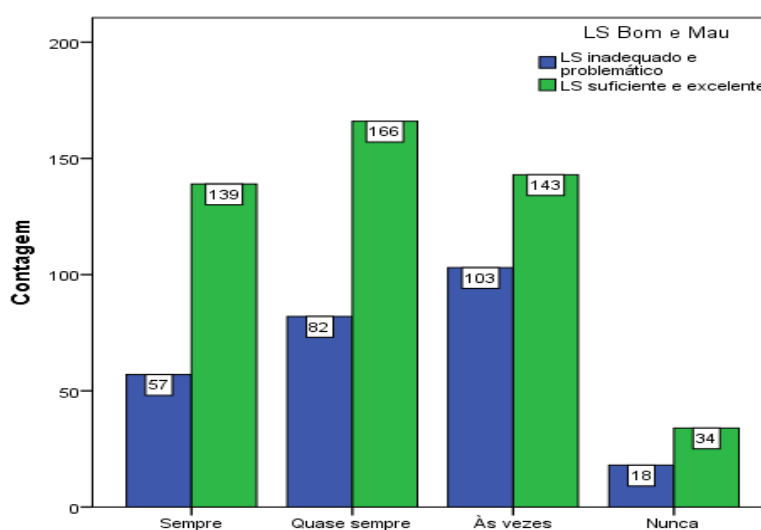
Conforme pode ser observado nas tabelas acima 2 e 4, ambos os testes de estatísticos realizados confirmam a evidência da relação entre a LS e o consumo de vegetais e fruta (Spearman $p=0,012$ e $\chi^2 p=0,036$). A independência das variáveis é verificada entre a LS e dois dos três indicadores dos hábitos alimentares, sendo eles o número de refeições ($p=0,684$) e a ingestão de água ($p=0,161$), e entre a LS e o IMC ($0,885$), ou seja, para estas variáveis, com 95% de confiança, é possível afirmar que não há correlação. A evidência da relação é também rejeitada pelo teste do χ^2 cujos valores p são superiores a 0,05 ($p=0,340$; $p=0,252$ e $p=0,545$) respectivamente.

Literacia para saúde (LS) e os indicadores de hábitos alimentares

Indicador: consumo de vegetais e frutas

O valor p encontrado de $0,012 < 0,05$ indica haver uma fraca relação, ou seja, o consumo de vegetais e fruta, cujo coeficiente negativo ($-0,092$), indica que as variáveis evoluem em sentidos opostos, de modo que quanto maior a LS parece haver um declínio no consumo de vegetais e frutas. É possível identificar que 65% apresenta um alto nível de LS e 35% um baixo nível de LS. A análise permite identificar que 70,9% ($n=139$) dos que responderam consumir sempre as 2 porções de vegetais e 3 de fruta, têm altos níveis de LS. Contudo, a maior parte (34,4%, $n=166$) dos que tem alto nível de LS ($n=482$) referiu consumir quase sempre vegetais e frutas. Dos que nunca cumprem a recomendação 7% ($n=52$), a maioria (65,4%, $n=34$) também apresenta elevados níveis de LS (gráfico 28).

Gráfico 28. Distribuição dos níveis de LS de acordo com o consumo de 2 porções de vegetais e 3 de frutas

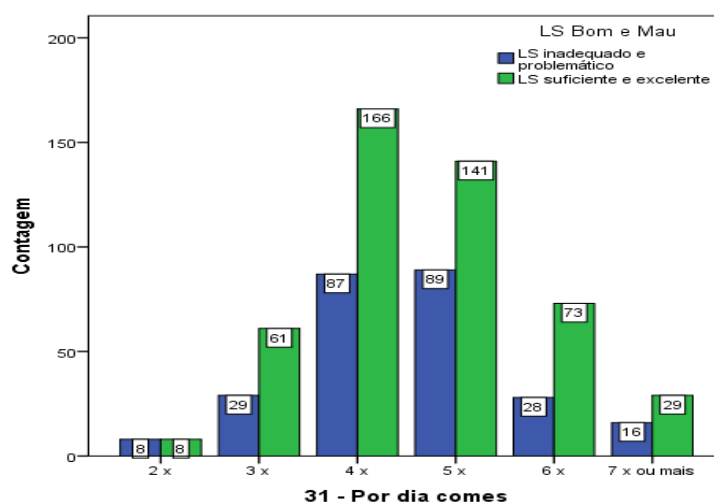


Indicador: número de refeições diárias

O teste do χ^2 apresentou um valor $p = 0,340$ onde $p > 0,05$ aceita-se a hipótese nula, ou seja, a um nível de significância de 5% não existe evidência estatística para afirmar que as variáveis estão associadas. A LS não tem relação com o número de refeições realizada diariamente.

Quando fazemos a análise da relação entre a LS e número de refeições realizadas pelos alunos, é possível afirmar que os indivíduos com melhores níveis de LS, 34,7% ($n=166$) e 29,5% ($n=141$), referem fazer 4 e 5 refeições por dia, respetivamente. Um pequeno grupo de alunos 6,1% ($n=45$) refere consumir mais de 7 vezes por dia, e apenas 2,2% ($n=16$) refere fazer 2 refeições diárias (Gráfico 29).

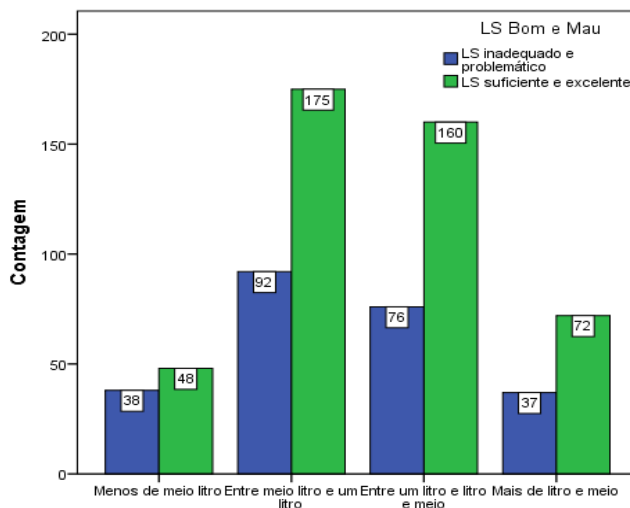
Gráfico 29. Distribuição dos níveis de LS de acordo com o número de refeições



Indicador: ingestão habitual de água

De igual modo, a ingestão de água não apresentou associação com a LS nos testes aplicados ($p=0,161$) e ($p=0,252$), as variáveis são portanto independentes. Contudo pode-se afirmar que dos que ingerem mais de um litro e meio, 66,1% ($n=72$) tem bom nível de LS. No entanto, a maioria dos que têm LS alto 38,5% ($n=175$) ingere entre meio litro e um litro de água). Quanto aos 34,8% que apresentam baixos níveis de LS ($n=243$), o maior percentual 44,2% ($n=38$) ingere menos de meio litro e 34,5% ($n=92$) bebe entre meio litro e um litro, conforme indicado no gráfico 30.

Gráfico 30. Distribuição dos níveis de LS de acordo com a ingestão de água

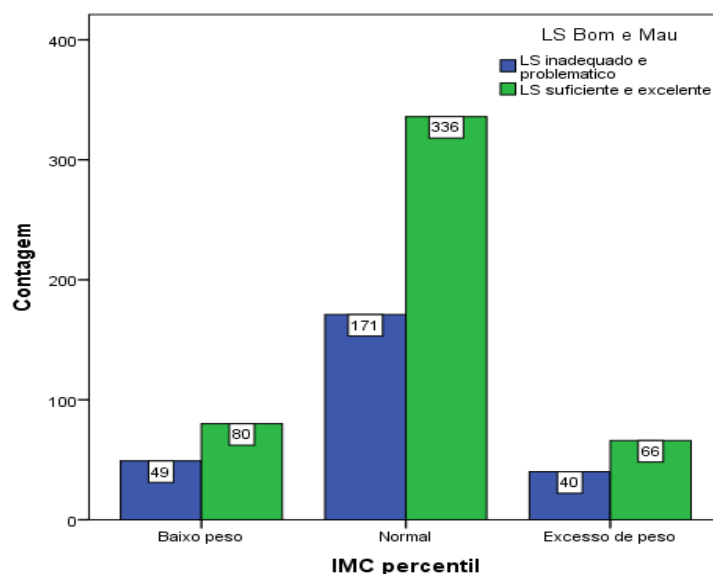


33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido ...

Literacia para saúde (LS) e o índice de massa corporal (IMC)

Em ambos os testes realizados entre a LS e o IMC, os valores p , $p=0,885$ (Spearman) e $p=0,545$ (χ^2) foram superiores a 0,05 ($p>\alpha$) indicando a inexistência da relação, logo mantém-se a independência das variáveis. Não há correlação entre a LS e o IMC. Entretanto, conforme exposto no gráfico 31, é possível afirmar que do 17,4% ($n=129$) que tem baixo peso, 18,8% ($n=49$) tem LS inadequado e problemático e 16,6% ($n=80$) tem bons níveis de LS. O mesmo ocorre entre os que tem excesso de peso, o percentual de LS limitado (15,4%) é mais elevado do que o de LS bom (13,7%). E ainda é possível identificar que entre os que tem IMC normal 68,3% ($n=507$), 33,7% ($n=171$) tem níveis de LS limitado.

Gráfico 31. Distribuição dos níveis de LS de acordo com o IMC



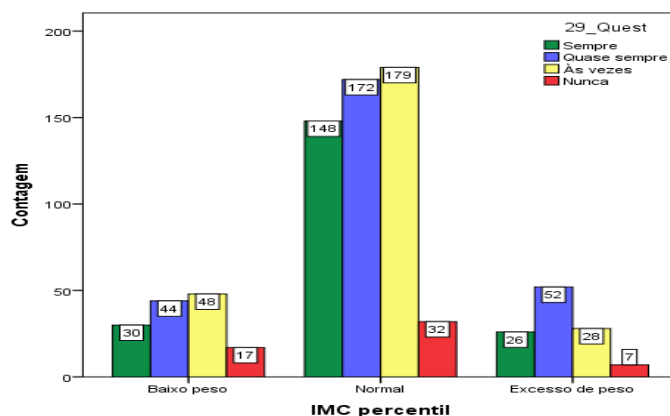
Índice de massa corporal (IMC) e os indicadores de hábitos alimentares

O teste de Spearman apresentou um valor p para a correlação do IMC com o indicador ingestão de água de $p=0,099$, o único superior a 0,05 aceitando que as variáveis são independentes. Enquanto os outros indicadores tiveram valores $p < 0,05$, $p=0,037$ para o consumo de vegetais e frutas e $p=0,027$ para o número de refeições, fato que nos leva a rejeitar a independência das variáveis uma vez que existe evidência da relação, ambas de moderada a forte com sentido opostos, ou seja, a medida que o IMC aumenta, o consumo de vegetais e frutas (-0,075) diminui e o número de refeições (-0,079) também.

A aplicação do teste qui-quadrado verificou a associação do IMC com os três indicadores de hábitos alimentares, consumo de vegetais e fruta ($p=0,013$), número de refeições diárias ($p=0,013$) e ingestão habitual de água ($p=0,032$), uma vez que todos os valores p são inferiores a 0,05. A força da relação é moderada para o indicador ingestão de água, e fraca para os indicadores número de refeições e consumo de vegetais e fruta. (gráficos 32, 33 e 34).

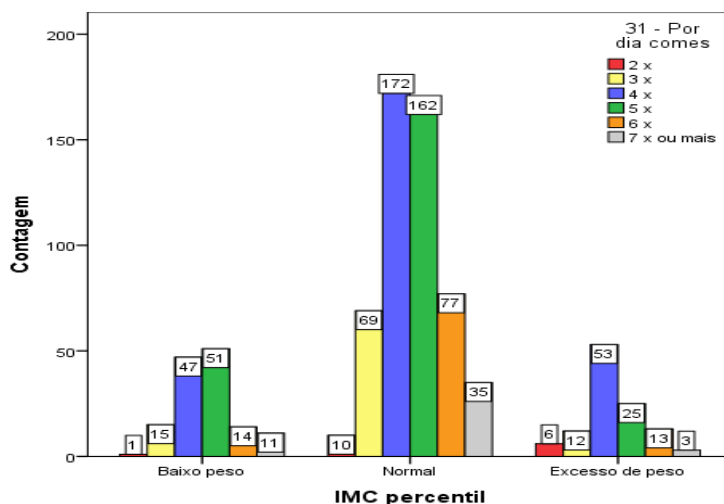
Entre os que têm IMC normal 67,8% ($n=531$), 33,7% ($n=179$) consomem às vezes a quantidade de vegetais e fruta recomendada e apenas 27,9% ($n=148$) consome *sempre* 2 porções de vegetais e 3 de fruta. A análise permite ainda inferir que 72,5% ($n=148$) dos adolescentes que consomem *sempre* vegetais e fruta encontram-se com o IMC normal e o percentual dos que estão acima do peso 12,7% ($n=26$) é inferior aos que se encontram com baixo peso 14,7% ($n=30$). Destaca-se ainda o facto de que, dos que estão com excesso de peso ($n=113$), 46% cumprem *quase sempre* a recomendação diária de vegetais e fruta, enquanto dos que estão com baixo peso ($n=139$), 34,5% somente às vezes consome as 2 porções de vegetais e 3 de fruta recomendadas. (gráfico 32)

Gráfico 32. Distribuição do consumo de 2 porções de vegetais e 3 de frutas de acordo com o IMC



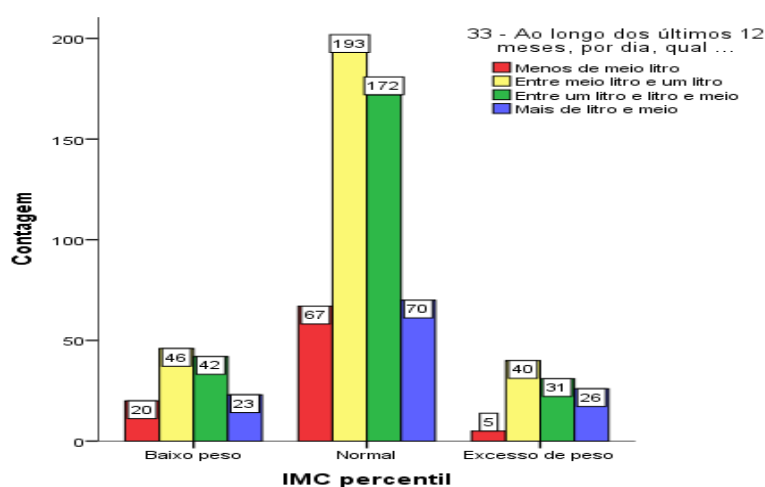
Quanto ao número de refeições, podemos sublinhar que entre os adolescentes com IMC normal 67,7% (n=531), 32,8% (n=172) refere comer 4 vezes ao dia e 30,9% (n=162) 5 vezes. As opções 6 vezes 14,7% (n=77) e 3 vezes 13,1% (n=69) obtiveram valores semelhantes entre os inquiridos com IMC normal. Dos que mencionaram comer 2 vezes ao dia, 35,3% (n=6) tinha excesso de peso e dos que apresentaram baixo peso 17,9% (n=139) em relação IMC, 21% (n=51) comiam 5 vezes e 22,4% (n=11) disseram comer 7 vezes ou mais. (gráfico 33)

Gráfico 33. Distribuição do número de refeições de acordo com o IMC



No que se refere à ingestão de água, dos que têm IMC baixo, 17,8% (n=131), 35,1% (n=46) consome entre ½ litro e 1 litro de água, este valor passa para 36,3% (n=193) entre os que têm IMC normal e 39,2% (n=40) entre os que têm excesso de peso. A mais baixa ingestão de água, menos de ½ litro (12,5% n=92) é mais prevalente 72,8% (n=67) entre os que apresentam IMC normal. (gráfico 34)

Gráfico 34. Distribuição da ingestão de água de acordo com IMC

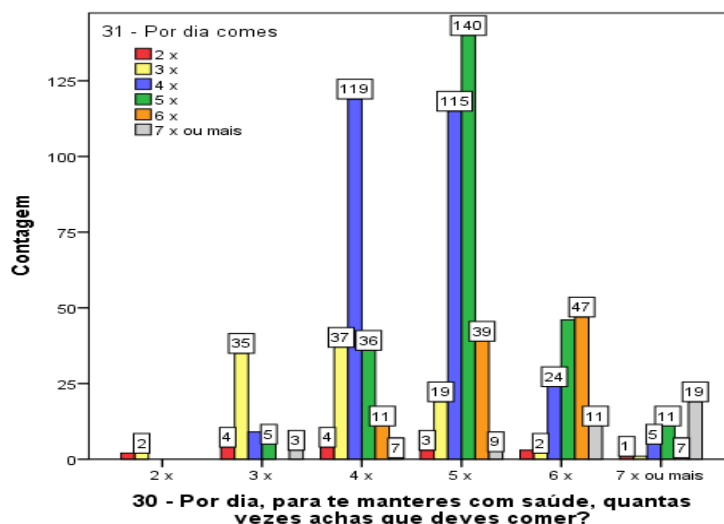


3.2.5. Análise da consistência das respostas dos indicadores nº de refeições realizadas e ingestão de água

Indicador: nº de refeições diárias (achas X come)

O teste do χ^2 aplicado entre as variáveis Por dia, para te manteres com saúde, quantas vezes achas que deves comer? e Por dia comes? resultou num valor $p < 0,001$ que indica haver evidência da relação, ou seja, 46,64% ($n=362$) da amostra realiza o número de refeições que acha necessário para se manter saudável. No entanto é significativo o percentual de inquiridos que come menos do que o que acha necessário para manutenção da saúde (36,2% $n=282$). Um percentual menor 17,16% ($n=132$) de adolescentes come mais vezes que as que referiram achar suficientes para manter a saúde. (gráfico 35)

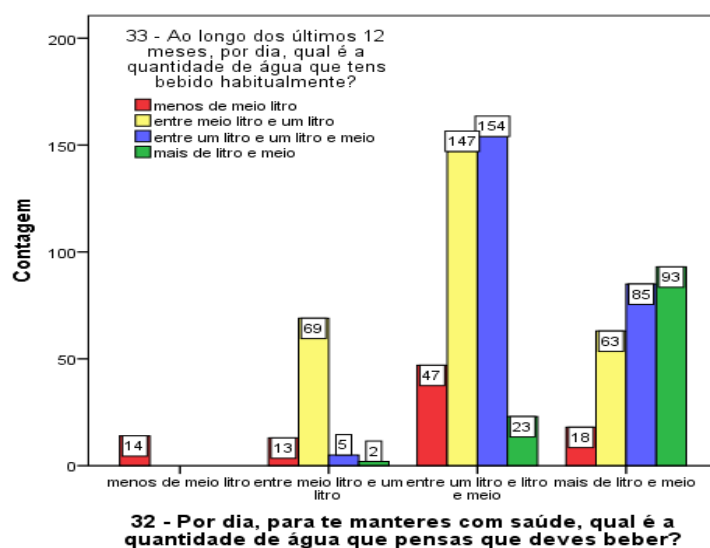
Gráfico 35. Distribuição dos alunos de acordo com a relação entre o número de vezes de acha que deve comer e que come



Indicador: ingestão de água (pensa X bebe)

Seguindo o mesmo procedimento do indicador acima, aplicou-se o teste do χ^2 as variáveis: Por dia, para te manteres com saúde, qual é a quantidade de água que pensas que deves beber? e Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente? No qual resultou num valor $p < 0,001$ onde $p < 0,05$ revela a existir evidência da relação. Ou seja, há correlação entre as respostas, onde 45% ($n=330$) refere beber a quantidade de água que pensa ser saudável. Contudo, um elevado percentual de adolescentes 51% ($n=373$) consome menos quantidade de água do que a que pensam ser necessárias para a boa saúde. Apenas 4% ($n=30$) ingere quantidades superiores às referidas para manutenção da saúde.

Gráfico 36. Distribuição dos alunos de acordo com a relação entre a quantidade de água que pensa que deve beber e a quantidade que bebe habitualmente



3.2.6. Análise da relação entre as variáveis LS, HA, e IMC de acordo com área de residência

Numa tentativa de melhor compreender como se comportam as variáveis LS, hábitos alimentares e IMC da nossa amostra, tentou-se perceber se haviam diferenças entre os níveis de LS, consumo de vegetais e frutas, número de refeições, ingestão de água e IMC dos adolescentes residentes nos centro urbanos (Setúbal) e nas periferias (Setúbal periferia e Vila Franca de Xira). Na tabela 5 encontra-se resumido os resultados obtidos através do teste de correlação do Qui-quadrado (χ^2).

Tabela 5. Teste de Correlação do Qui-Quadrado (χ^2) das variáveis LS, HÁ e IMC por área de residência

Teste do Qui-quadrado (χ^2)	Área de residência Valor p
LS	0,128
Consumo de vegetais e frutas	0,372
Número de refeições	0,653
Ingestão de água	<0,001
IMC	<0,001

Conforme pode-se observar na tabela acima, os valores p superiores a 0,05 encontrado para os indicadores LS, consumo de vegetais e frutas e número de refeições indicam que não há correlação, ou seja, nas zonas estudadas não foi verificado diferenças estatísticas para estes indicadores. Residir em zona urbana ou periurbana não influencia os níveis de LS, nem o consumo de vegetais e frutas e nem o número de refeições. Os gráficos 37, 38, 39 que seguem abaixo, ilustram os resultados obtidos para estas variáveis.

Gráfico 37. Distribuição dos alunos de acordo com a LS por área de residência

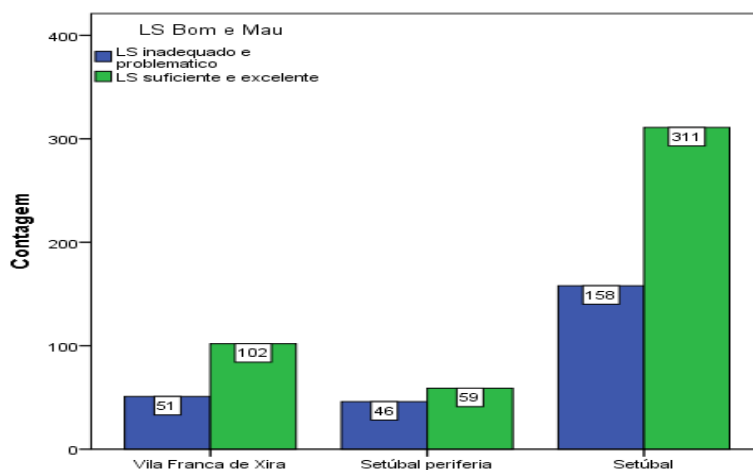


Gráfico 38. Distribuição dos alunos de acordo com o consumo de 2 porções de vegetais e 3 de frutas por área de residência

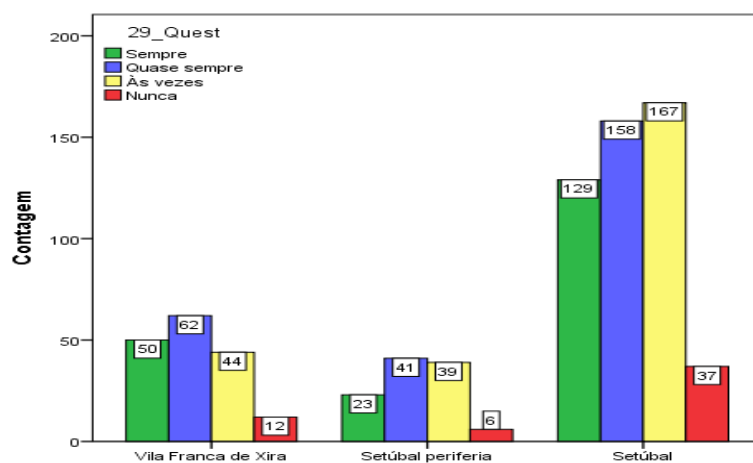
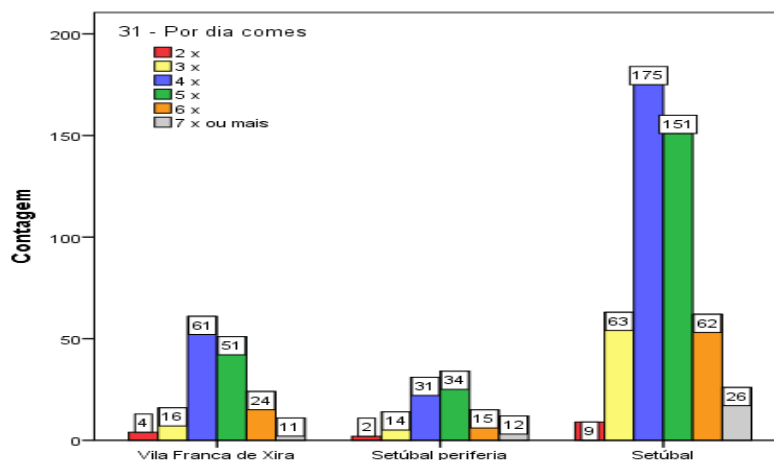
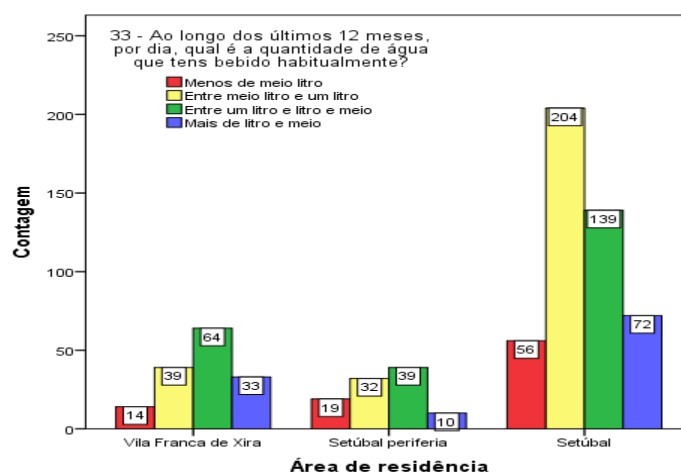


Gráfico 39. Distribuição dos alunos de acordo o número de refeições por área de residência



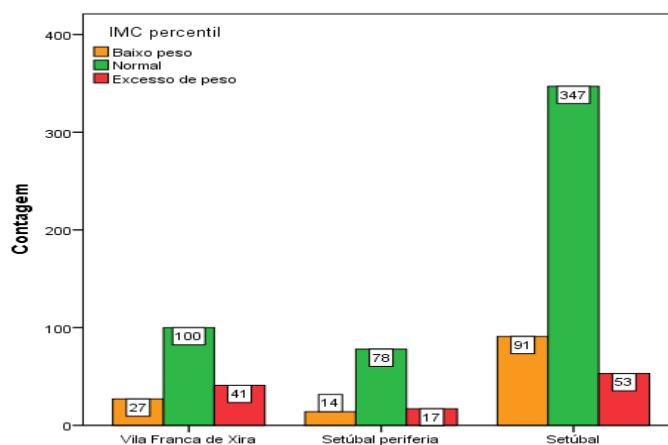
Entretanto, os indicadores ingestão de água e IMC apresentaram valores $<0,001$ o que significa dizer que há correlação entre as variáveis e a área de residência. Podemos inferir que tem pior IMC os adolescentes que residem em Vila Franca de Xira, onde 24,4% tem excesso de peso e apenas 59,5% apresentam IMC normal. Enquanto em Setúbal 70,7% tem IMC normal e apenas 10,8% tem excesso de peso. O maior percentual de adolescentes com baixo peso 18,5% concentra-se em Setúbal.

Gráfico 40. Distribuição dos alunos de acordo com a ingestão de água por área de residência



Quanto a ingestão de água, Setúbal apresenta o pior resultado, onde 55,2% dos adolescentes ingere menos de um litro e água. Vila Franca de Xira apresenta o melhor resultado para este indicador, onde 42,7% dos adolescentes bebe entre um litro e litro e meio de água por dia e 22% bebe mais de litro e meio, totalizando 64,7% dos adolescentes inquiridos residentes em Vila Franca de Xira.

Gráfico 41. Distribuição dos alunos de acordo com o IMC por área de residência



Capítulo 4. Discussão

Apresentada a metodologia e os resultados encontrados no estudo que avaliou a LS, os hábitos alimentares e o estado nutricional de uma amostra de adolescentes, a discussão que se segue pretende explorar os resultados encontrados à luz da evidência existente. Serão discutidos os resultados sobre LS, seguindo-se a discussão sobre os hábitos alimentares e, por fim, o estado nutricional. Serão discutidos ainda os resultados obtidos em função dos atributos a que se referem (género, idade, escolaridade e área de residência) no contexto das variáveis dependentes e independentes.

Em primeiro lugar, constata-se que para esta amostra de adolescentes a avaliação da consistência interna da escala HLS-EU-PT apresenta valores globais elevados (alfa de Cronbach $\alpha = 0.96$), refletindo isso a confiança que podemos desenvolver neste instrumento, aspeto já identificado anteriormente (88). De acordo com o seu modelo conceptual original, quando aplicado a esta faixa etária da adolescência, os dados obtidos permitem confirmar a nossa primeira hipótese de trabalho H1, com a qual se pretendia colmatar a lacuna existente em relação aos instrumentos de medição da LS para grupos específicos, como os adolescentes.

A consistência interna elevada, apresentada pelo instrumento HLS-EU-PT desenvolvido pelo projeto CrAdLiSa (87,88), cujos primeiros dados são apresentados neste trabalho, torna-o relevante para toda a comunidade académica. Este instrumento, i.e., HLS-EU-PT desenvolvido pelo projeto CrAdLiSa, constitui o primeiro instrumento de medição da LS específico para a população adolescente e, embora desenvolvido para a avaliação da LS geral, permitiu medir alguns fatores da LS “alimentar ou nutricional”.

Com base nos resultados encontrados, a resposta à pergunta de investigação colocada no início, “Existe relação entre o nível de literacia para a saúde, os hábitos alimentares e o estado nutricional dos adolescentes portugueses?” não é linear. Os níveis elevados de LS parecem não indicar por si só um melhor resultado de saúde, tendo os indicadores de hábitos alimentares avaliados maior influência sobre o estado nutricional. O IMC não foi influenciado pelos níveis de LS dos adolescentes. Os hábitos alimentares mostraram maior relação com o IMC, apontando que independentemente dos níveis de LS, os hábitos alimentares, nomeadamente o consumo de vegetais e frutas e o número de refeições, geram maior impacto nos bons resultados em saúde que o nível de LS.

A análise dos dados mostrou que a hipótese nula é rejeitada apenas em parte, pois confirma-se a inexistência de relação entre a LS e o IMC. No entanto, foi identificada uma relação da LS com um dos três indicadores de hábitos alimentares avaliados, i.e., o consumo de vegetais e frutas. Este facto justifica os esforços nacionais e internacionais para incentivar o consumo mínimo de 400gr diárias desses grupos alimentares.

A H₂, com a qual se pretendia avaliar o comportamento da LS em relação as variáveis de atributo, i.e., género, idade e escolaridade, é verificada apenas para a idade e escolaridade; a correlação quanto ao género não foi verificada na amostra. A LS varia com a idade e escolaridade, como afirmam alguns autores, que indicam que as variáveis sociodemográficas, como o sexo e a educação, são fatores determinantes que influenciam as escolhas alimentares dos jovens (45). Os adolescentes mais jovens apresentaram melhores índices de LS que os mais velhos. A escolaridade afigura-se como fator importante de correlação com a LS, como refere Carbone (22) no seu estudo onde aponta que a capacidade de compreensão da maioria dos adultos é compatível com um nível de escolaridade correspondente ao 8º ano, e que grande parte da informação de saúde exige um nível de compreensão superior ou igual ao 9º ano. Os valores mais altos de LS foram também encontrados nos anos iniciais de escolaridade.

As diferenças nos níveis de LS quanto ao género não apresentam valores muito distintos, embora os rapazes demonstrem percentuais ligeiramente superiores aos das raparigas. A literatura indica que o baixo nível de LS de adolescentes varia entre 10% e 40% (68). No nosso estudo, o nível de LS limitada oscilou entre 3,6% e 26,7%, tendo os rapazes valores mais baixos (33,4%) de LS limitada do que as raparigas (36,1%). As raparigas, portanto, têm piores índices de LS do que os rapazes.

A H₃ sugeria que os hábitos alimentares variavam consoante género, idade e escolaridade. Neste estudo, ser rapaz ou rapariga não influencia o consumo de vegetais nem o número de refeições. Há alguma evidência de correlação do género com a ingestão de água, que necessita ser elucidada em estudos mais robustos. Contudo, a idade e a escolaridade correlacionam-se com dois dos três indicadores de HA, a saber, o consumo de vegetais e frutas e o número de refeições. Como descreve Ronto (53) no seu estudo onde as experiências alimentares sociais, ou seja, o contexto em que ocorrem as refeições, é reconhecido que influencia os comportamentos alimentares. Dessa forma, é compreensível que, com o avançar dos anos de escolaridade, a influência dos pares seja reforçada, tanto para os bons como para os

maus comportamentos. Tomás (69) sublinha que as raparigas tendem a desenvolver mais comportamentos promotores de saúde do que os rapazes. O estudo de Holubcikova (44) encontrou também diferenças de género quanto aos hábitos alimentares, tendo as raparigas uma dieta mais saudável do que os rapazes. Esta diferença é justificada por este autor pelo maior interesse das raparigas sobre o tema da alimentação saudável.

A H4, com a qual se pretendia avaliar a existência de relação do IMC com o género, a idade e a escolaridade, é rejeitada para o género. Os percentuais de IMC mais elevados tendem a diminuir com o avançar da idade, havendo menos adolescentes com excesso de peso nos anos finais de escolaridade (12^o) e entre os da faixa etária mais elevada (20 anos). Em contrapartida, os mais jovens, na faixa etária dos 12 anos, e que se encontram no 7^o ano de escolaridade, apresentam índices mais altos de excesso de peso.

A H5, com a qual se pretendia identificar as relações dos HA com a LS, é confirmada apenas para o consumo de vegetais e frutas, não tendo a LS influenciado o número de refeições realizadas por dia nem a ingestão diária de água. Este dado é corroborado pelo estudo de Viana (45), que afirma que melhores conhecimentos sobre nutrição não implicam necessariamente uma ingestão mais saudável, ou seja, saber reconhecer uma alimentação saudável não quer dizer que este saber venha a ser posto em prática. Muitos são os argumentos usados para justificar os erros alimentares cometidos e as dificuldades em alterar os hábitos, como a falta de tempo, por exemplo (45). Há uma associação estatística significativa entre a LS e o consumo de vegetais e fruta, onde entre os adolescentes que comiam sempre vegetais e frutas, 70,9% (n=139) tinham bons níveis de LS. Os níveis mais altos de LS limitada encontram-se entre os que comiam às vezes, 41,9% (n=103) ou nunca 34,6% (n=18).

A análise estatística realizada leva-nos a rejeitar a H6, com a qual se pretendia avaliar a relação entre a LS e o IMC. O IMC é apenas um dos muitos indicadores de avaliação do estado nutricional que merece ser apoiado por outros instrumentos de diagnóstico de estado de saúde, como recordatório alimentar de 24hs, ou diário alimentar. A relação entre as variáveis, i.e., LS e o IMC, não foi confirmada.

Muitos são os fatores que influenciam os hábitos alimentares, tendo os estudos realizados com consumidores jovens (com mais de 15 anos) apontado para que, além do conhecimento sobre os benefícios para a saúde, as preferências familiares, o desejo de ter uma alimentação saudável, o paladar e o preço (45) são fatores que se repercutem nas escolhas alimentares. Isto revela que a preocupação com a saúde não

é prioridade para estes indivíduos e as experiências que vivem (família e escola/amigos) têm maior impacto nos seus comportamentos. Outros autores referem que a alimentação saudável não é vista como uma alternativa fácil ou atrativa face à dieta habitual (45).

A associação entre os hábitos alimentares e o IMC, explorada com a H7, com a qual se pretendia avaliar se os indicadores de hábitos alimentares aqui definidos influenciavam o IMC, é confirmada. O consumo de vegetais e fruta e o número de refeições mostraram efeitos sobre o IMC, como aponta o estudo de Holubcikova (44) onde os adolescentes cujos hábitos alimentares eram pouco saudáveis tinham maiores riscos de se tornarem obesos. Ambos os indicadores, i.e., consumo de vegetais e frutas e número de refeições, apresentaram relação inversa com o IMC. Verificou-se também uma associação do IMC com a ingestão de água.

Era esperado que a percentagem de adolescentes com LS alta (61,6%) se refletisse em percentuais semelhantes para os demais indicadores. No entanto, os valores obtidos para os hábitos alimentares (consumo de vegetais e frutas 26,1%, número de refeições 34,7% e ingestão de água 15,2%) foram bastante inferiores ao encontrado a nível geral da LS. Quanto ao IMC normal (67,8%), a percentagem manteve-se elevada.

Esperava-se que os 73,7% dos alunos com 12 anos que apresentaram LS alta tivessem IMC normal e melhores hábitos alimentares, o que não se verificou. Os que apresentaram melhor IMC foram os adolescentes com 20 anos, dos quais apenas 50% tinha LS alta. Foram também os adolescentes com mais idade (20 e 21 anos) que demonstraram melhores HA em relação ao número de refeições (50%) e ingestão de água (28,6%), respetivamente.

Ainda com base na pesquisa realizada, apesar dos elevados níveis de LS 61,6% (n=482) encontrados na amostra, outros estudos apontam que os adolescentes, mesmo em anos de escolaridade mais avançados, reconhecem não saber distinguir a informação de saúde válida e fidedigna entre a panóplia disponível na internet, embora façam uso frequente dessa ferramenta tecnológica (70). É provável que a promoção da LS passe por estratégias que utilizem as tecnologias, mas deve ter-se em conta que será necessário também promover a literacia digital no sentido de minimizar o défice de seleção de fontes credíveis de informação apresentado pelos jovens.

Quanto aos níveis de LS excelente, a amostra apresentou para o 7º ano de escolaridade 15,5% (n=22), para o 10º ano 31,7% (n=45), e 8,5% (n=12) para o 12º

ano. Estes valores não podem ser generalizados, uma vez que a nossa amostra não é representativa da população adolescente. Esses números são um contributo inicial quando visionamos as metas estabelecidas no PNSE(4) para o ano de 2020, que é de 10%.

O estudo de Tomás (69) sobre o impacto da LS nos comportamentos promotores de saúde, realizado com 1215 adolescentes entre os 14 e 20 anos, do distrito de Leiria, concluiu que os níveis de LS diminuem com a idade, sendo mais elevados nas raparigas e no grupo de adolescentes até aos 18 anos (69). Este facto corrobora os dados da nossa amostra, cujos níveis mais elevados de LS se encontram entre os adolescentes mais jovens. Outros estudos citados pelo mesmo autor e o próprio HLS-EU (2012) confirmam essa tendência (69). Embora não haja evidência estatística da relação da LS com o género, em todos os estudos citados foram registados níveis mais elevados de LS no género feminino, contrariando os resultados encontrados na nossa amostra, onde os rapazes apresentaram resultados mais positivos em todos os níveis de LS.

A ideia de que elevados níveis de LS conduzem a bons hábitos alimentares e de que estes resultam em IMC adequados não se encontra espelhada na literatura. Morgan, 2011, citado por Fairbrother (63), afasta a noção de que a LS é um conjunto fixo de competências, chamando a atenção para os elementos de rotina que fazem parte do dia-a-dia (63). A LS é, portanto, um processo dinâmico e em constante construção. A evidência científica mostra que a LS explica apenas uma parte dos comportamentos promotores de saúde e que outros fatores (ambientais, sociais e pessoais), devem ser considerados quando se pretende explicar este tipo de comportamentos (69) (47). As escolhas alimentares estão mais fortemente associadas a fatores como o aspeto, paladar, preço, facilidade de confeção e publicidade, do que aos conhecimentos sobre os benefícios para a saúde que os alimentos representam (45).

Em relação à idade, o presente estudo encontrou uma relação fraca e inversa desta com a LS (-,127). Assim, a LS e a idade apresentam uma relação inversamente proporcional, em que quanto menor a idade, melhores os níveis de LS. Estes dados coincidem com vários estudos que demonstram que, à medida que a idade aumenta, o nível de LS tende a diminuir (35). Este facto sugere a necessidade de outros estudos para analisar as possíveis causas desta relação (como por exemplo a progressiva perda do controlo parental (44) substituído por influências externas de aceitação do grupo e dos media (9).

A relação da LS com a escolaridade apresentou resultados semelhantes, havendo uma relação moderada entre ambas, mas de sentido inverso (-,110), indicando que quanto maior a escolaridade, menor o nível de LS dos adolescentes.

O consumo de vegetais e frutas é o indicador mais sensível para identificar comportamentos alimentares saudáveis. Os valores da amostra indicaram que o perfil dos inquiridos que responderam consumir *sempre* as 2 porções de vegetais e 3 porções de frutas são na sua maioria raparigas (27,8%), na faixa etária dos 12 anos (36,8%) e frequentam o 8.º ano de escolaridade (32,8%). Dos que responderam *nunca* consumir, o maior percentual encontra-se nos rapazes (9,7%), com idade acima dos 18 anos (10,8%), a frequentar o 12.º ano (11%).

Quanto ao número de refeições realizadas por dia, tendo como ideal as quatro refeições (pequeno almoço, almoço, lanche da tarde e jantar) citadas no IAN-AF como sendo as mais realizadas pelos adolescentes portugueses, onde todos os valores se situaram acima dos 90% (41), em termos percentuais os rapazes são os que mais cumprem com esse padrão (37,5%), enquanto a maioria das raparigas (31,4%) refere comer 5 vezes. São também elas as que referem consumir mais de 7 refeições/dia (6,8%).

A comparação destes dados com a literatura é escassa, dada a existência de poucos instrumentos de avaliação da LS específicos para a população estudada. A grande maioria dos dados publicados sobre LS referem-se à população adulta, e os instrumentos aplicados e validados nesses estudos não são adequados para a faixa etária abaixo dos 15 anos. A nossa amostra é constituída por 40,9% de adolescentes com idades inferiores a 15 anos.

A correlação inversa (-,092) entre a LS e o consumo de vegetais é moderada e pode ser posta em causa por várias razões. Estudos (21)(50)(51) criticam a avaliação de grupos alimentares distintos como se fossem um só, justificando para isso que são diferentes em vários aspetos, nomeadamente em termos de confeção, de sabor e de praticidade, e em que refeição se integram (lanche ou refeição principal). Assim sendo, o consumo de vegetais e fruta deve ser analisado em separado.

Os dados sobre o número de vezes que se come por dia são de difícil comparação com outros estudos. Identificar o número de vezes que se come por dia é um indicador muito vago, pois não fornece indícios sobre o tipo de refeição (almoço, lanche) que foi consumida nem sobre o tipo de alimento que se ingeriu. Outros parâmetros, como o horário em que se realizam as refeições, também devem ser investigados. Essas e outras condicionantes tornam difícil determinar um padrão

alimentar quanto ao número de refeições que se deve fazer para nos mantermos saudáveis. É por isso relevante definir o tipo de refeição, por exemplo, três refeições principais (pequeno almoço, almoço, jantar), ou cinco refeições/dia (as três anteriores acrescidos de dois lanches intercalares), ou até seis refeições (três principais e três lanches).

Larson (52) aponta que apenas 40,7% dos adolescentes da sua amostra consumia as três refeições principais (pequeno almoço, almoço e jantar) na maioria ou todos os dias, e a ingestão média de lanches era de três porções/dia (52), não tendo sido identificado o tamanho da porção. Na nossa amostra, se considerarmos as três refeições referidas pelos adolescentes como sendo as três principais citadas, apenas 12,3% (n=96) as consome diariamente. Um valor bastante inferior ao apontado por Larson. Em nenhuma das respostas possíveis, i.e., 2x, 3x, 4x, 5x, 6x e 7x ou mais, quando perguntado: *Por dia, quantas vezes comes?* foram encontrados valores tão elevados de frequência alimentar. O valor mais elevado encontrado na nossa amostra foi 34,7% para a resposta 4x.

Quando analisada a consistência das respostas relacionadas com o número de refeições efetivamente tomadas, em relação ao número ideal de refeições para manter a saúde, emerge uma diferença significativa. Na amostra, o percentual de concordância da resposta quanto ao número de vezes que os adolescentes acham que devem comer e quantas vezes comem foi 46,6%, sendo que apenas 17% (n=132) comeu mais vezes do que aquelas que achava necessárias para a manutenção da saúde.

O acesso a informação de qualidade sobre hábitos alimentares, seus determinantes e consequências é fundamental para definir estratégias de ação baseadas na evidência (9). A literacia na área da saúde é um conceito muito amplo cuja utilidade como instrumento para a promoção da saúde depende da sua correta aplicação. Isto porque indivíduos com bons resultados de literacia para uma área específica da saúde, como a saúde mental, podem não ter as mesmas competências para a saúde oral, por exemplo (71).

Elevar o nível de LS da comunidade educativa é uma ação urgente para colmatar as lacunas e incongruências sobre as informações de saúde transmitidas às crianças, que, muitas vezes, sendo demasiado simplificadas, perdem a ideia principal, como exemplificado no estudo de Fairbrother 2016, onde a importância de comer “5 por dia” é fortemente incentivada, mas o aspeto de que as cinco porções devem incluir uma variedade de vegetais e frutas de todas as cores, fundamental para o real

benefício do consumo de “5 por dia”, é descurado e não foi reconhecido pelas crianças (63). No estudo qualitativo de Fairbrother, que explorou o sentido que as crianças dão às informações de saúde e alimentação no quotidiano, houve uma criança que referiu ingerir pera três vezes por dia, evidenciando a ênfase dada à quantidade e não à variedade. Outra simplificação é exemplificada com a ideia dicotómica de que o chocolate é mau e os vegetais e as frutas são bons. Reduzir a informação entre os alimentos bons e maus é uma simplificação precipitada (63). Outro autor revela a importância de intervenções na educação para a saúde com base teórica subjacente que seja capaz de corrigir a desinformação obtida através dos meios de comunicação de massa (televisão, rádio, internet, revistas, jornais), uma vez que esta informação, por vezes errada e imprecisa, pode conduzir a dietas desequilibradas e hábitos alimentares pouco saudáveis em adolescentes (72).

O consumo de vegetais e frutas tem vindo a ser incentivado por diversas políticas nacionais e internacionais, uma vez que o consumo inadequado destes é considerado um dos principais determinantes de doenças não transmissíveis, como as cardiovasculares e alguns tipos de cancro (10) e uma das questões nutricionais mais comuns na Europa (73). A frequência de consumo de 2 porções de vegetais e 3 de fruta diariamente encontrada na nossa amostra é baixa, o que vai ao encontro dos valores verificados noutros estudos. Por exemplo, no estudo realizado por Toral, 2006, com 234 adolescentes de São Paulo, em que 89% dos adolescentes apresentaram consumo inferior ao proposto para frutas e vegetais (60). O mesmo estudo identificou uma enorme disparidade entre a visão que os adolescentes tinham dos próprios hábitos alimentares diários, com a prática de hábitos conducentes às recomendações nutricionais, nomeadamente no que diz respeito ao consumo de fruta e vegetais, onde aproximadamente 80% da amostra estava errada ao acreditar que possuía hábitos saudáveis (60).

A definição do estudo de **2** porções de vegetais e **3** de fruta prende-se com a interpretação da recomendação da OMS de ingestão mínima de 400g de vegetais e fruta necessárias para prevenção de doenças crónicas (74). Em Portugal, o baixo consumo de frutas foi definido como comer menos do que três peças de fruta por dia (75). A questão que aqui se põe é que, de acordo com o tamanho das porções definidas nas recomendações nacionais da Roda dos Alimentos (56), onde uma porção de fruta equivale a 160gr e uma porção de vegetais cozinhados equivale a 140gr, seja qual for a equação escolhida, 2 vegetais e 3 frutas, ou 3 vegetais e 2 frutas, o somatório ultrapassa as 400g de vegetais e fruta recomendados pela OMS. Em Portugal, as recomendações alimentares definidas na nova roda dos alimentos

para os vegetais definem três a cinco porções, entre 180g (cru) e 140g (cozida), e três a cinco porções de fruta, de 160g (56). Refere ainda que o número menor de porções é destinado às crianças, a faixa intermédia, aos adolescentes, e o número maior, a homens ativos. Não há consenso no meio científico quanto ao número e tamanho de porções que permita recomendações universais (55).

Na tentativa de padronizar uma definição de vegetais e uma definição de fruta, a OMS realizou, em 2003, junto a vários especialistas em nutrição e agricultura, uma coleta a nível nacional sobre essas definições, e obteve retorno de 93 países. Entre as definições de "vegetais" houve grande variação entre países e regiões, desde definições mais biológicas, como "vegetais são partes de uma planta", até aspetos mais sensitivos e fisiológicos, como a alusão às cores, ao modo de preparação (cru ou cozido) e mesmo ao valor nutricional. Quanto à fruta, as respostas foram mais consistentes do que as definições de vegetais. Especificações como "as frutas são a parte carnuda em torno das sementes de uma planta, têm um sabor doce e, na maioria das vezes, são comidas cruas como uma sobremesa ou lanche" foram as mais comuns. Apesar desse aparente consenso, as recomendações em termos de porções ou gramas variaram consideravelmente entre os países que divulgavam esse tipo de informação através dos seus Ministérios da Saúde. Posto isto, a OMS reconhece a necessidade de mais esclarecimentos sobre a definição de um vegetal e de tamanho de porção, e fica pela recomendação geral de um mínimo de cinco porções ou 400 g de frutas e legumes por pessoa por dia (74).

O documento refere ainda que mesmo em programas como o 5 por dia não há avaliação da efetividade, devido à dificuldade de medir ingestão de frutas e vegetais, fatores de confusão potenciais, intervenções limitadas e a relativa novidade dos programas. As avaliações devem incluir medidas de consciencialização, impacto na ingestão e custo efetivo (74).

A adolescência é reconhecida como uma fase de transição e de experimentação, onde a influência dos pares e os media têm um peso superior à educação transmitida pelos pais e escola quanto à adoção de uma prática ou rotina. Nessa linha, o estudo de Fairbrother ressalta o poder das campanhas de marketing social do Reino Unido para o consumo de pelo menos cinco porções de vegetais e frutas por dia, em que a frase "5 por dia" foi proferida diversas vezes nos discursos das crianças (63). No entanto, é importante referir que a alimentação saudável foi frequentemente confundida com a ingestão de vegetais e frutas (63), facto que deve ser melhor trabalhado e discutido em campanhas futuras e ações de educação e promoção da saúde.

Em Portugal, mais de 50% da população sofre de excesso de peso e a alimentação inadequada é a principal responsável pelos anos de vida prematuramente perdidos (10). Para ambos os sexos, este é o primeiro fator de risco de perda de anos de vida.

“... os hábitos alimentares inadequados em Portugal foram responsáveis por 11,96% do total de anos de vida prematuramente perdidos, ajustados pela incapacidade, no sexo feminino, e por 15,27% no sexo masculino (GBD, 2013)” (PNPAS 2014.)”

A alimentação de má qualidade afeta com maior intensidade crianças, idosos e grupos socioeconomicamente mais vulneráveis da nossa população, aumentando as desigualdades em saúde. O investimento na promoção de hábitos alimentares deverá permitir reduzir desigualdades em saúde, mas também potenciar o crescimento e as economias locais (9). Whitehead refere que o aumento na prevalência de excesso de peso nos adolescentes pode ser devido à forte ação que os meios de comunicação têm exercido sobre as populações (11). Outro autor destaca a importância da compreensão linguística e cultural para a avaliação da LS, uma vez que os comportamentos promotores de saúde resultam de hábitos que carregam consigo culturas distintas que poderão enviesar resultados e interpretações (69). Ainda o mesmo autor cita Spear e Kulbok, 2001, que afirmam que os comportamentos dos adolescentes são fenómenos complexos e multidimensionais (69). Outro indicador da amostra que está em consonância com a literatura é o consumo de vegetais e fruta, entendido como comportamento promotor de saúde, que apresenta melhores percentuais na faixa etária mais jovem dos 12 anos, assim como aponta o estudo de Tomas, 2015.

O padrão alimentar dos adolescentes britânicos está entre os piores da Europa (55). Outros estudos são necessários para podermos fazer comparação com os hábitos alimentares dos adolescentes portugueses, que adotem os mesmos parâmetros quanto à definição do tipo de refeição, frequências, porções e horários de consumo. No mais recente inquérito realizado em Portugal sobre o estado de saúde dos portugueses, que incluiu dados sobre a atividade física, o IAN-AF identificou que, embora o grupo de vegetais e frutas seja o mais consumido em quantidade diária, 52,7% dos indivíduos inquiridos não cumpre a recomendação da OMS de pelo menos 400g/dia, sendo os adolescentes o grupo etário onde a taxa de incumprimento é das mais elevadas 65,9%(41).

Tomando por base os valores identificados no IAN-AF, a média de ingestão total de água (água livre e contida nos alimentos) é de 2076 g/dia, sendo superior no sexo masculino (2217g/dia) e inferior no grupo dos adolescentes (10 a 17 anos), cuja média foi de 2046g/dia (41), valores esses que são muito superiores aos encontrados no presente estudo, onde a maioria dos adolescentes (36,6%) referiu um consumo entre 0,5 litro e 1 litro e apenas 15,2% referiu uma ingestão superior a 1,5 litros. Recomenda-se cautela na interpretação das comparações realizadas nesta investigação, uma vez que os resultados comparados são fruto de metodologias distintas e diferentes grupos populacionais.

A análise da consistência das respostas relativas à ingestão de água revela números preocupantes, uma vez que menos de metade da amostra 45% (n=330) age em conformidade com o que pensa ser saudável e a maioria 51% (n=373), apesar de ter a noção das quantidades ideais para a manutenção da saúde não põe em prática, e ingerem quantidades de água inferiores ao conhecimento demonstrado.

A correlação identificada entre o IMC e a idade é moderada e de sentido oposto (-0,092), facto que pode parecer contraditório, uma vez que se acredita que os adolescentes com idades superiores estão mais bem informados e, por isso, gerem melhor as suas escolhas e espera-se que tenham melhores resultados de saúde. No entanto, na presente amostra, os alunos de menor idade encontram-se em melhor estado de saúde, tendo como parâmetro apenas o IMC. Este valor pode ser justificado por alguns fatores identificados por Viana, 2003 no seu estudo sobre a aquisição e desenvolvimento de atitudes face à saúde na infância e adolescência, no qual o autor relata a existência de uma relação direta entre os comportamentos e sugestões dos pais e os comportamentos dos filhos, marcando o processo de aprendizagem por modelagem (61). Outro aspeto identificado pelo mesmo autor em trabalhos de Gauze é que o impacto das influências externas, os amigos e os media é tão maior quanto pior for a relação do adolescente com a família e a avaliação de bem-estar é mais significativa quando não existiam amizades importantes ou estas eram percebidas pelos adolescentes como de pouca qualidade.

Quando analisamos os hábitos alimentares a partir do consumo de vegetais e fruta, a correlação com o IMC e com a LS é significativa, sendo mais forte com o IMC. No entanto, ambas seguem sentidos opostos à LS. Dito de outra forma, os níveis baixos de LS podem apresentar consumo adequado de vegetais e fruta, assim como o consumo de vegetais e fruta em frequência adequada pode ser encontrada em adolescentes com IMC abaixo ou acima do normal. No estudo com adolescentes equatorianos, nenhum fator ambiental foi diretamente associado ao consumo de

vegetais e frutas, no entanto, a relação entre a permissividade dos pais e os hábitos alimentares saudáveis foi a mais forte, indicando que os adolescentes cujos pais eram mais permissivos tinham hábitos menos saudáveis (76).

O consumo de vegetais e frutas apresentou ainda correlação positiva com a idade (0,105) e escolaridade (0,101), ambas relações de mesmo sentido. É compreensível que a idade e a escolaridade avancem no mesmo sentido, uma vez que estas já seguem uma relação cronológica prévia, de modo que é necessário ter a idade mínima para se ingressar no ensino obrigatório. Contudo, à medida que aumenta a escolaridade, verifica-se um aumento do consumo de vegetais e frutas.

Para que haja melhoria dos hábitos alimentares de uma população, ou grupo populacional, como no caso dos adolescentes, deve-se ter em mente que esta é uma tarefa social e multifacetada que requer o conhecimento do contexto social e também alimentar, para além do conhecimento das competências e habilidades individuais de cada um (71). É reconhecido por todos que a tarefa de educar no sentido de adquirir hábitos saudáveis na infância e na adolescência é mais fácil do que alterar hábitos já existentes e enraizados na fase adulta (61).

Os estudos apontam que os adolescentes cujos níveis de LS são mais elevados apresentam comportamentos e relações interpessoais mais saudáveis entre os pares (69). O estudo de Chang (2010), citado por Tomás (2015), realizado na Tailândia com uma amostra de 1601 adolescentes de ambos os sexos, demonstrou que a LS prevê de forma independente os comportamentos promotores de saúde (69). No presente estudo também se verificou que aqueles que referiram menor consumo de vegetais e fruta tinham níveis baixos de LS.

Os resultados do IMC encontrados na amostra indicam que 14,4% dos adolescentes tem excesso de peso, dado que coincide com o valor apresentado no estudo realizado por Toral em 2006. Numa amostra de 234 adolescentes de escolas de ensino técnico de São Paulo, encontrou-se uma baixa prevalência de desvios nutricionais, por outras palavras, poucos adolescentes apresentaram IMC fora dos parâmetros indicados para género, idade, onde 3,8% apresentou baixo peso e 12,4% foram considerados com excesso de peso e obesidade (60), mas em relação ao baixo peso a nossa amostra obteve valores bastante superiores (17,8%).

O IMC foi calculado a partir de dados autorreportados, assim como os utilizados no estudo de Whitehead (11), que identificou também que mais de 25% das meninas julgam incorretamente ter excesso de peso, mesmo estando com IMC normal. O autor ressalta que essa percepção de estar acima do peso, mesmo que

imprecisa, é retrato dos comportamentos inadequados praticados, incluindo formas prejudiciais de perda de peso. No entanto, os resultados do seu estudo apontam que mesmo de acordo com o autorrelato da altura e do peso, 16,7% dos rapazes e 9,7% das raparigas foram classificados com excesso de peso (11). Estes valores estão próximos dos encontrados na nossa amostra, 16,2% dos rapazes e 13,3% das raparigas, cujos dados de peso e altura também foram autorreportados. O excesso de peso foi encontrado em 14,4% da nossa amostra de adolescentes entre 12 e 21 anos.

O IMC, quando correlacionado com o consumo de vegetais e frutas (-0,075) e número de refeições (-0,079), ambas as relações apontaram o sentido negativo, de forma que, quanto maior o IMC, menor o consumo de vegetais e frutas e menor o número de refeições, ou seja, piores hábitos alimentares.

Não há relação entre a LS e o IMC não teve sucesso (em ambos os testes de correlação Spearman e Qui-quadrado) realizados na amostra, o que confirma a independência das variáveis, ao contrário do estudo de Santos, 2010 realizado com crianças e adolescentes dos 6 aos 19 anos, que encontrou uma correlação negativa significativa entre a LS e o IMC, na qual maior LS significava menor carga ponderal (77). A diferença entre os resultados encontrados pode ser explicada pela utilização de outro instrumento de avaliação da LS, neste caso o STOFHLA⁹ e não o HLS-EU (como ocorreu no nosso estudo).

Os índices de IMC abaixo do peso normal encontrados na amostra (18,4%), valor superior ao IMC de excesso de peso (14,4%), podem sugerir insatisfação com a imagem corporal, como evidencia o estudo apresentado por Viana, 2008, no qual 67% das raparigas com idades entre 12 e 20 anos estavam insatisfeitas com o seu peso e destas 30% eram bulímicas e 38% faziam dietas restritivas(45).

No entanto, Santos, 2010, refere que estudos recentes de natureza observacional e transversal com adolescentes têm evidenciado uma relação positiva entre a literacia em saúde (medido através do STOFHLA) e a perceção de autoeficácia relacionada com o comportamento alimentar (77). Se consideramos o comportamento alimentar como resultado da prática de hábitos alimentares saudáveis, podemos dizer que, de forma semelhante à nossa amostra, demonstrou correlação positiva com um dos indicadores de HA, o consumo de vegetais e fruta. Viana, 2008, afirma que adquirir e manter um novo comportamento face à alimentação e estilo de vida requer

⁹ O S-TOFHLA é uma medida prática de alfabetização em saúde funcional com boa confiabilidade e validade que pode ser usada por educadores de saúde para identificar indivíduos que necessitam de assistência especial para alcançar objetivos de aprendizagem.(86)

mais esforço do que continuar com os velhos hábitos que já se encontram incorporados a outros fatores de ordem social e cultural (45), sobretudo na juventude, em que ter saúde é normal e esperado(42) e a alimentação não é sentida como um benefício para a saúde

A natureza transversal de estudos como este não permite estabelecer relações temporais entre as variáveis (11)(76), apenas o seguimento dessa coorte possibilitaria a identificar a direção do efeito da LS sobre os hábitos alimentares e o IMC. O excesso de peso, incluindo a obesidade, é neste momento o mais crítico dos determinantes da saúde que requer intervenções multissetoriais, dada a urgência de saúde pública vivenciada em todos os estados membros da União Europeia (73).

Procurou-se ainda perceber se havia influência da área de residência dos adolescentes e os seus níveis de LS, HA e IMC Os resultados identificam que os indicadores ingestão de água e IMC são influenciados pela zona de residência (valores $p < 0,001$) o que nos leva a rejeitar a independência das variáveis. Em Vila Franca de Xira (zona periurbana) concentra-se o maior percentual de excesso de peso 24,4% e menor percentual de adolescentes com IMC normal, 59,5%. Quanto à ingestão de água, é nas zonas periurbanas (Vila Franca de Xira e na periferia de Setúbal) que se concentram os percentuais mais elevados de maior ingestão de água. Assim, 42,7% dos residentes em VFX bebem entre um litro e litro e meio de água diariamente e 22% bebe mais de litro e meio, enquanto que em Setúbal o consumo entre um litro e litro e meio de água é de 29,5% e mais de litro e meio apenas 15,3%.

O estudo de Antunes, 2011, refere que o critério de classificação do IMC é um fator importante quando se pretende efetuar comparações sobre o estado nutricional de qualquer grupo, população ou mesmo a nível nacional (78). No seu estudo, o mesmo autor apresenta três critérios diferentes (OMS, CDC e IOTF) para a mesma população, em ambos os sexos, e encontra valores sobrestimados para o critério do CDC. O autor justifica este facto devido à diversidade de faixas etárias, dos desenhos dos estudos, dos métodos de seleção das amostras e critérios de classificação do excesso de peso e obesidade, como fatores impeditivos de comparação com outros estudos (78). Posto isto, sugere-se o estabelecimento de um consenso nacional quanto à definição de procedimentos metodológicos e escalas de classificação que permitam a monitorização da prevalência desses indicadores para efeitos de avaliação da eficácia de planos e intervenções nesta área (78) e para comparações com estudos futuros.

No estudo de Verstraeten, 2016, realizado com 784 adolescentes equatorianos de idades compreendidas entre os 10 e 16 anos, no qual foi utilizado o critério de classificação do IOTF para classificação do estado nutricional, 20,1% da amostra apresentava excesso de peso e/ou obesidade e apenas 4,5% estavam abaixo do peso normal (76). A intenção deste estudo não era somente apresentar o diagnóstico do nível de LS da população educativa adolescente, mas também levantar pontos de interesse para apoiar futuras investigações nessa área. O quadro de análise inicial é bastante elucidativo quanto às relações supostas, falta agora aprofundar as causas dessas relações em estudos sobre os determinantes da saúde que incidem sobre a alteração de hábitos alimentares.

“...os comportamentos dietéticos em adolescentes são determinados por uma interação complexa de fatores específicos do comportamento individual e ambiental e têm implicações para as intervenções destinadas a promover práticas alimentares saudáveis.”(76) (tradução livre)

Outros fatores para além da LS e dos hábitos alimentares parecem ter influência no estado nutricional dos adolescentes (IMC), como mostra o estudo de McCullough, que examinou as refeições familiares e mostrou que as características da relação pai-filho, a comunicação entre os pais e os adolescentes, bem como a dinâmica interpessoal familiar estão relacionadas com uma diminuição do risco de excesso de peso e obesidade (79) especialmente na adolescência, fase esta que se apresenta fortemente associada a maior autonomia e influências externas dos pares, ambiente escolar e aumento da exposição aos media (79).

Posto isto, outros intervenientes são convidados a dar resposta a esta questão de saúde pública. Desde 2006 que estudos de avaliação do custo efetividade das intervenções preventivas já demonstravam que um euro gasto na promoção da saúde representaria um ganho futuro de 14 euros em serviços de saúde (80)(65). A partir de 2007, a atenção europeia voltou-se para as doenças crónicas e para a obesidade devido aos elevados custos sociais e económicos envolvidos, que em Portugal resultaram na criação do Programa Nacional para Promoção da Alimentação Saudável em 2012 (81). Intervenções externas, de impacto social e económico, que por vezes podem limitar o direito de liberdade de cada um, são muitas vezes proteladas para evitar confrontos com certas indústrias alimentares. Embora sejam dados alguns passos na direção certa com alguns acordos para a redução de gorduras, açúcar e sal, (82), perante a evidência existente, a abordagem para a mudança de comportamentos não será alcançada somente com argumentos relativos à saúde. Por

isso medidas políticas concretas devem ser adotadas noutros setores da sociedade (para além do campo da saúde) para que as mudanças ambientais, i.e., disponibilidade de acesso e consumo alimentos saudáveis sejam sentidas de outra forma pelos cidadãos (82)

Capítulo 5. Conclusões

Depois de descrito todo o processo do estudo, o enquadramento, a justificação da problemática, a metodologia seguida e os principais resultados encontrados, resta agora apresentar as conclusões deste estudo que procurou explorar a relação da LS com aspetos relativos à alimentação, nutrição e outros elementos que influenciam a saúde e o bem-estar.

Para avaliar a LS, foi utilizado o questionário HLS-EU-PT, até à data nunca aplicado a uma população adolescente. Primeiramente podemos concluir que a estratégia para a recolha dos dados (através de questionário *on-line*) e o instrumento HLS-EU-PT mostrou-se eficaz, e permitiu recolher uma vasta gama de informações necessárias para um diagnóstico compreensivo sobre a LS e os aspetos relacionados com a nutrição dos adolescentes. Este estudo é caracterizado por trazer assim um fator inovador na área da investigação em saúde.

A associação entre a LS e os hábitos alimentares, e o IMC pretendeu estabelecer um caráter específico para a área da LS nutricional. Assim sendo, este estudo abre um novo caminho quanto à utilização da escala HLS-EU-PT, que se apresenta como um instrumento consistente para ser usado na especificidade da população adolescente portuguesa. Esta investigação representa, portanto, um marco na área da LS e da nutrição em Portugal.

Quanto aos níveis de literacia para a saúde, os dados permitem-nos concluir que os adolescentes têm melhores níveis de LS do que a população adulta, onde o excelente percentual de LS dos adolescentes (18,1%) é duas vezes superior ao que foi encontrado na população adulta (8,6%) quando aplicado o mesmo instrumento (HLS-EU-PT). Esses dados são um contributo importante para perceber o ponto de partida para a meta estabelecida no PNSE para o ano de 2020, i.e., o de elevar de 6% para 10% o nível de LS excelente do 7^o, 10^o e 12^o anos de escolaridade. Os resultados da amostra são favoráveis, porém, não podem ser generalizados uma vez que a nossa amostra não é representativa. Os excelentes níveis de LS para estes anos de escolaridade foram 15,5% (n=22), 31,7% (n=45) e 8,5% (n=12) respetivamente.

Os dados disponíveis na literatura não permitiram estabelecer comparações efetivas, uma vez que os estudos realizados até agora sobre a LS seguiram metodologias diferentes e utilizaram outros instrumentos de avaliação (além do HLS-EU-PT). Ainda assim, procurou-se estabelecer algumas comparações com estudos

dirigidos à população jovem que medissem o nível de LS, ou avaliassem alguns dos indicadores de hábitos alimentares definidos no presente estudo. Essa comparação leva-nos a concluir a inexistência de relação entre a LS e os hábitos alimentares (infirma-se a H5 para estes indicadores), nomeadamente o número de refeições e a ingestão de água. Esta mesma conclusão é também exposta por outros autores que argumentam que melhores níveis de LS sobre nutrição não implicam necessariamente comportamentos mais saudáveis. Por outro lado, a relação encontrada nesta amostra entre a LS e o consumo de vegetais e frutas pode não ter a LS como único fator determinante de um estado nutricional adequado, dado que este indicador, consumo de vegetais e frutas, também apresentou variação quanto ao IMC na nossa amostra.

A variação deste indicador (consumo de vegetais e frutas) é inversamente proporcional ao nível de LS e ao IMC, ou seja, quanto maior for o nível de LS menor será o consumo de vegetais e frutas e maior será o IMC, o que se traduz num pior estado de saúde. Este dado reforça a ideia anterior de que saber reconhecer quais são as práticas promotoras de saúde não é suficiente para as tornar hábitos. Entretanto, o indicador “número de refeições” apresentou também com o IMC, revelando isso que um maior o número de refeições realizadas se traduz num pior estado nutricional, ou seja, valores mais elevados de IMC (o que nos leva a confirmar, portanto, a nossa H7).

A análise dos dados não encontrou associação com o IMC e a LS, infirmando-se assim a H6. Contudo, entre os adolescentes com excesso de peso, 62,3% tinham altos níveis de LS o que revela a necessidade de intervenções intersectoriais que incidam sobre outros fatores promotores de mudança. Os resultados positivos em saúde requerem estratégias ajustadas às necessidades específicas desse grupo populacional e os dados exigem que sejam tomadas medidas precoces de promoção da saúde.

Quanto à alimentação e aos padrões de consumo alimentar, os hábitos alimentares constituídos por três indicadores definidos neste estudo revelaram importantes resultados que nos levaram a confirmar a H3. Apesar de parecerem insuficientes em número absoluto, todos os indicadores: consumo de vegetais e frutas, número de refeições e ingestão de água sofreram variação dependente da idade e da escolaridade. Facto que indica que as políticas públicas de promoção da saúde em meio escolar devem adequar-se às faixas etárias e serem intensificadas nos anos de escolaridade mais avançados.

Ações direcionadas aos indicadores de consumo de vegetais e frutas e ingestão hídrica cuja relação foi inversamente proporcional às variáveis idade e escolaridade devem ser melhor trabalhadas nos anos finais de escolaridade, visto que o consumo de vegetais e frutas e a ingestão de água tendem a diminuir com o aumento da escolaridade.

Os valores da amostra indicaram que o perfil dos inquiridos que responderam consumir sempre as 2 porções de vegetais e 3 porções de frutas são em sua maioria raparigas (27,8%), na faixa etária dos 12 anos (36,8%) e frequentam o 8.º ano de escolaridade (32,8%). Dos que responderam nunca consumir 7,2%, o maior percentual encontra-se nos rapazes (9,7%), com idade acima dos 18 anos (10,8%), a frequentar o 12.º ano (11%).

A padronização do número de refeições realizadas por dia para manter a saúde constitui uma tarefa difícil execução. As necessidades específicas de cada um variam consoante as rotinas diárias de atividade física e estilo de vida familiar e hábitos de lazer, o que se caracteriza como uma barreira ao estabelecimento de recomendações gerais para a população. Esta particularidade reflete a inexistência de relação deste indicador, número de refeições realizadas por dia, com a LS. Porém, a evidência da relação deste indicador com o IMC, sugere que quanto maior o número de refeições realizadas, pior o IMC.

Apesar de o recente inquérito alimentar (IAN-AF) indicar que a água é a bebida mais frequente entre os portugueses, na nossa amostra de adolescentes, a ingestão de água apresentou valores deficitários preocupantes, uma vez que apenas 8% das raparigas referiram consumir as quantidades mínimas de água por dia (mais de litro e meio). Nos rapazes, cerca de um quarto (26,2%) afirma ter esse consumo. Apesar de ser superior ao das raparigas, estes revelam que os rapazes igualmente consomem a quantidade de água referida como necessária. Estes números sugerem a necessidade de intervenções urgentes para estimular e promover um maior consumo de água entre os adolescentes.

Quanto ao parâmetro antropométrico, foi entre as raparigas que se encontraram os melhores resultados de IMC, onde 69,4% tem peso adequado e 13,3% tem excesso de peso. Quando olhamos para os participantes masculinos, este valor é inferior, pois 16,2% tem IMC acima do normal. Todos os alunos com 21 anos apresentaram IMC normal, sendo a faixa etária dos 12 anos a que apresentou valores maiores de excesso de peso (52%). Quanto aos géneros, podemos concluir que apesar dos rapazes terem tido melhores resultados do que as raparigas em três dos

quatro indicadores (LS, n.º de refeições e ingestão de água), são elas as que apresentam menor percentual de excesso de peso (13,3%) e maior percentual de IMC normal (69,4%). Os valores encontrados nos três indicadores são semelhantes entre os géneros (sendo maior a discrepância na questão da ingestão de água).

Quanto às variáveis de atributo, a faixa etária que apresentou melhores níveis de LS foi a dos 12 anos com 73,7%, valor este que tende a diminuir com o avanço da idade, chegando aos 49% nos jovens de 18 anos. São também os mais jovens que apresentam melhores hábitos alimentares de consumo de vegetais e frutas (36,8% aos 12 anos em comparação com 14,3% aos 21 anos). No entanto, o maior percentual de excesso de peso foi também encontrado nas faixas etárias mais jovens, nomeadamente nos 12 anos, com 52% de IMC elevado.

Estes dados sugerem a necessidade de novas pesquisas no sentido de avaliar outros fatores para além da LS e dos indicadores estudados, que possam ter maior impacto no estado nutricional (IMC), como os apresentados por Goes, 2015, onde ressalta que o foco apenas no balanço energético é reducionista para mitigar o grave e multifacetado problema do excesso de peso e conclui que o aumento da LS dos pais e educadores é também fundamental para dar suporte e sustentabilidade às intervenções facilitadoras de escolhas saudáveis (83).

Quanto aos anos de escolaridade, os anos iniciais, 7.º e 8.º, destacaram-se com os melhores resultados nos quatro indicadores (LS, consumo de vegetais e fruta, número de refeições e ingestão de água). No entanto, esses resultados não se refletiram no IMC, tendo sido entre os alunos do 7.º ano que se verificou o percentual mais elevado de excesso de peso, 26,6% comparado com 8,9% no 11.º ano. Quanto à área de residência, não há evidência da relação quanto aos níveis de LS, quanto ao consumo de vegetais e frutas e nem quanto ao número de refeições. Os participantes da nossa amostra que residem na zona urbana (Setúbal) têm menos excesso de peso dos que os que habitam na zona periurbana (periferia de Setúbal ou Vila Franca de Xira) ou seja, dos residentes em Vila Franca de Xira (n=168), 24,4% (n=41) tem excesso de peso quando comparado com 10,8% (n=53) dos residentes em Setúbal.

Diante das conclusões apresentadas sobre as relações entre alguns dos determinantes da saúde com maior impacto no desenvolvimento das doenças crónicas não transmissíveis, e a LS, destaca-se a conclusão de que o conceito que aqui foi operacionalizado de LS, através da escala europeia HLS-EU-PT, é de teor mais generalista. Efetivamente, a operacionalização da LS não contempla áreas específicas, como sejam aquelas que aqui desejamos explorar. A promoção da LS de

modo generalista, tal como é apresentado no modelo de desenvolvimento do conceito de LS usado em Maastricht, obriga a que se considere um maior aprofundamento relativamente às determinantes da saúde e como a LS se deve desenvolver nessas áreas específicas (e.g. não foi comprovada a existência de correlação estatística entre a LS e o IMC). Os testes estatísticos comprovaram a evidência da relação da LS com o consumo de vegetais e fruta, o único entre os indicadores avaliados que apresentou correlação.

Os bons níveis de LS verificados na amostra direcionam o foco da ação para o exterior, ou seja, o ambiente: o meio onde os adolescentes estão inseridos parece ter maior impacto sobre os seus comportamentos do que o conhecimento que estes possuem. Contudo, é importante ter em mente que medidas de promoção da saúde exigem mudanças a todos os níveis, individual, comunitário e organizacional.

Tal como no modelo de análise proposto, os fatores pessoais (género, idade, escolaridade) pouco ou nada influenciam os resultados de saúde que são muito mais dependentes de comportamentos. O ambiente, os serviços, a comunidade têm de ser espelho do que se espera obter como resultado de saúde, ou seja, se a escola, a família, a sociedade não garantirem condições adequadas que suportem hábitos alimentares saudáveis, todas as iniciativas de promoção da LS serão pouco eficazes.

Finalmente, parece-nos que o objetivo da investigação foi cumprido. Este primeiro diagnóstico do nível de LS dos adolescentes e da sua relação com a nutrição permitirá o estabelecimento de políticas e ações adequadas ao perfil traçado deste grupo populacional. Continuar a investigação desta temática na busca de novas relações entre a LS e os hábitos alimentares que permitam ampliar os conhecimentos na área da LS e nutrição é certamente um ponto-chave para a consolidação do paradigma salutogénico e para a reversão do aumento da obesidade e das suas complicações.

A investigação nesta faixa etária mostra-se relevante dado que a adolescência é uma fase de descoberta e afirmação do ser como indivíduo independente e responsável. Averiguar de que forma a promoção da LS pode e deve desencorajar atitudes obsessivas em relação à alimentação, desmistificando a separação dicotómica dos alimentos saudáveis (cada vez mais raros) e os não saudáveis (o restante a excluir) é um desafio adicional para os profissionais da saúde e da educação.

Pretende-se assim contribuir para ampliar a visão sobre a literacia para a saúde, sem perder de vista a especificidade que alguns grupos populacionais exigem e a temática própria da nutrição, que se repercute em inúmeros resultados de saúde.

Recomendações

Os dados existentes em Portugal sobre os níveis de LS da população geral e os dados que a presente pesquisa agora evidencia, de uma amostra de adolescentes, são um marco inicial para um trabalho de desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde.

Com os dados desta pesquisa ficou o alerta para uma possível diminuição da LS durante o ciclo da vida. Este fato pode ser efeito do incremento de conhecimento que as novas gerações já possuem em relação aos mais velhos, ou simplesmente seja o efeito da coorte. Pode também ser indicativo de que a sociedade e/o sistema atual de ensino está a dar respostas adequadas às questões de saúde. Perceber como a LS varia com a idade e que fatores estão envolvidos, torna-se numa questão relevante. Pesquisa mais aprofundada deve ser desenvolvida de modo a confirmar se esta situação se verifica em amostras mais alargadas dos adolescentes portugueses. Por outro lado este aprofundamento irá contribuir para estabelecer os programas nacionais de promoção da LS mais ajustados às necessidades dos grupos populacionais.

O instrumento de avaliação da LS usado nesta pesquisa, o “Literacy Survey – Europe” na sua versão portuguesa (HLS-EU-PT), revelou consistência interna adequada à investigação. Da literatura consultada este foi o instrumento mais completo encontrado, e, tratando-se de um instrumento construído tendo em conta a realidade europeia, pareceu-nos ser o mais adequado para explorar o diagnóstico dos níveis de LS. A escolha que a DGS fez de utilizar este instrumento parece-nos adequada ao propósito geral do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). No entanto ele não foi desenvolvido tendo em conta a captação dos aspetos mais específicos relacionados com a nutrição e com os hábitos alimentares. Assim um trabalho de aprofundamento deveria ser realizado de modo que, tendo como base o modelo conceptual do HLS-EU-PT, fossem integradas dimensões novas que contemplem aspetos específicos da LS nutricional. Isto constituirá um marco na compreensão do comportamento alimentar dos indivíduos adolescentes.

No plano de pesquisa foi investigado o consumo de vegetais e fruta num único indicador. Depois de percorridos os vários passos de análise dos dados e sua discussão sugere-se que a avaliação do consumo de vegetais e frutas deva ser feita de modo individualizado. Alguns estudos apontam diferenças significativas entre esses grupos alimentares que justificam avaliação individualizada desse consumo. Características próprias dos alimentos como o sabor (doce ou amargo), textura (rija ou macia) e forma de consumo (cru ou cozido) são determinantes para as escolhas

alimentares. Futuras campanhas e políticas de promoção da saúde poderiam beneficiar mais de uma leitura individualizada destes aspetos, em vez de os considerar de modo associado como foi o caso nesta investigação.

Investigação anterior sobre literacia nutricional e alimentar, coloca a LS como apenas um fator na tomada de decisão, no contexto mais amplo da política, socialização, estratégias de marketing e disponibilidade alimentar. Assim recomenda-se que se aprofundem estas teias complexas de influência de modo a compreender os caminhos da sua construção.

Os dados deste estudo parecem contrariar a noção de que uma frequência maior de refeições ao longo do dia é facilitadora da manutenção do peso ideal. A relação encontrada nesta amostra de que quanto maior o número de refeições mais alto é o IMC, necessita de ser aprofundada. Novas pesquisas nessa área precisam de ser desenvolvidas para confirmar/infirmar, os indícios aqui encontrados, na medida em que o ganho ponderal é um dos principais tópicos na agenda da promoção da saúde. Questionar que LS em termos de número de tomas alimentares deve ser promovida, torna-se assim num fator crítico do bem-estar e qualidade de vida.

Estudos longitudinais são necessários para investigar outros indicadores de hábitos alimentares que possam ter relação com a LS e com o IMC para além dos que foram aqui encontradas. As casualidades das relações entre a LS e o IMC com o consumo de vegetais e frutas, e entre o IMC e o número de refeições, também precisam ser melhor exploradas com estudos futuros.

Este trabalho respondeu ao desafio dos coordenadores do PNSE de explorar com a recolha de dados realizada, os contornos da LS dos adolescentes portugueses. Assim, estas conclusões preliminares poderiam ser complementadas por uma melhor caracterização de avaliação da LS ao longo dos ciclos de escolaridade, visto que a LS tende a diminuir - de acordo com os dados deste estudo - com o avançar dos anos de escolaridade. A recolha de dados deveria assim alcançar as faixas etárias mais jovens e não só os adolescentes.

Por outro lado neste enquadramento do PNSE, importa, a partir da informação recolhida e agora analisada, definir que substância (sobre saúde e nutrição) deve configurar os currícula de desenvolvimento da LS em ambiente escolar, de modo a promover a construção da LS dos adolescentes portugueses. Este é um ponto-chave para uma promoção de saúde eficaz e duradoura. Agir em anos escolares iniciais pode ser vantajoso quando se busca entender como as crianças e adolescentes

interagem com as mensagens de saúde e qual o sentido que lhes dão em suas atividades cotidianas na adoção de seus comportamentos.

Isto leva a sugerir que novas estratégias, que passam pela utilização de recursos tecnológicos - por exemplo reinventar jogos tradicionais que estimulem o desenvolvimento de competências cognitivas, motoras, sociais para além do conteúdo nele inserido - possam ser usadas. Assim se abrirão portas de entrada para a assimilação de conteúdos específicos de saúde e nutrição que podem ser explorados em contexto escolar de forma atrativa e dinâmica. Deste modo promove-se a integração dos temas específicos e o experienciar de novas vivências promotoras da LS nos adolescentes.

Referência bibliográfica

1. Saboga-Nunes L. Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. In: Atas do 1º Congresso Internacional de literacia em saúde mental, 27-28 fevereiro 2014: Capacitar as Pessoas e as Comunidades para agir. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2014. p. 94–8.
2. Saboga-Nunes L, Sorensen K, Pelikan JM. Hermenêutica da literacia em saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT). In: Atas do VIII Congresso Português de Sociologia 40 anos de democracias: progressos, contradições e perspectivas Universidade de Évora 14-16 de abril 2014 [Internet]. Évora: Universidade de Évora; 2014. p. 2–15. Available from: http://www.aps.pt/vii_congresso/area=actas&m=1
3. Associação Portuguesa contra a Obesidade Infantil - APCOI. Área obesidade é problema [Internet]. Lisboa: Associação Portuguesa contra a obesidade infantil; 2017. Available from: <http://www.apcoi.pt/obesidade-infantil/>
4. Amann G, Monteiro H, Leal P. Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Lisboa. Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde. 2015. 1-110 p.
5. Kanj M, Mitic W. Promoting health and development: closing the implementation gap. 7th Global Conference on Health Promotion. Nairobi, Kenya, 26-30 October 2009. Copenhagen: World Health Organization. Kenya Ministry of Public Health; 2009.
6. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072–8.
7. OMS. A promoção a Saúde - Carta de Otawa [Internet]. Available from: <http://www.ptacs.pt/Document/Carta de Otawa.pdf>
8. Okan O, Lopes E, Broder J, Bruland D, Bauer U, Pinheiro P. Health Literacy in childhood and adolescence (HLCA): the methods of measuring Health Literacy of children (MoMChild). Bielefeld, Germany: Centre for prevention and intervention in childhood and adolescence (CPI). Faculty of educational Science. Bielefeld University; 1998. p. 1–9.
9. Rodrigues AS, Carmo I Do, Breda J, Rito AI. Associação entre o marketing de produtos alimentares de elevada densidade energética e a obesidade infantil. Rev Port Saude Publica. 2011;29(2):180–7.
10. Graça P. Portugal: alimentação saudável em números - 2014. Programa

- Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável - PNPAS. Direção-Geral da Saúde Ministério da Saúde; 2014. 1-79 p.
11. Whitehead R, Berg C, Cosma A, Gobina I, Keane E, Neville F, et al. Trends in adolescent overweight perception and its association with psychosomatic health 2002–2014: evidence from 33 countries. *J Adolesc Heal.* 2017;60:204–11.
 12. Bielefeld University. Health literacy in childhood and adolescence. [Internet] Bielefeld, Germany: Centre for prevention and intervention in childhood and adolescence (CPI). Faculty of Educational Science. Bielefeld University; 2017. Available from: <http://www.hlca-consortium.de/en/>
 13. Viveiro C, Brito S, Moleiro P. Sobrepeso e obesidade pediátrica: a realidade portuguesa. *Rev Port Saúde Pública.* 2016;34(1):30–7.
 14. Menezes B, Oliveira D, Sasseti L, Prazeres V. Norma da Direção-Geral da Saúde: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil - PNSIJ. Lisboa: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Direção-Geral de Saúde. Ministério da Saúde; 2013. 1-121 p.
 15. Graca L. Instrumento de Registo RD 120D. Curso de Mestrado de Saúde pública: estrutura da dissertação/relatório de investigação empírica. Departamento de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade NOVA de Lisboa; 2016. p. 1–6.
 16. Saboga Nunes L. Health paradigms, health literacy and policy: driving the wheel of public health reform. In: 2nd World Congress of Health Research, Viseu, Portugal, 7-8 October 2014. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu. Instituto Politécnico de Viseu; 2014. p. 11.
 17. Loureiro I, Miranda N. Promover a saúde dos fundamentos à ação. 2ª edição revisada e atualizada. Coimbra: Edições Almeida; 2009.
 18. Nunes E. Celebração do 25º Aniversário da Carta de Ottawa. *Rev Port Saude Publica.* 2011;29(2):200–2.
 19. Almeida A, Pinheiro P, Okan O, Bauer U, Pereira A, Gomes R. Literacy on mental health from preschool: addressing the teachers to promote child mental health. In: 2nd World Congress of Health Research, Viseu, Portugal, 7-8 October 2014. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu. Instituto Politécnico de Viseu; 2014. p. 10.
 20. Filipe J, Godinho CA, Graça P. Intervenções comportamentais de prevenção da obesidade infantil: estado da arte em Portugal. *Psychol Community Heal.*

- 2016;5(2):170–84.
21. Ramsay SA, Shriver LH, Taylor CA. Variety of fruit and vegetables is related to preschoolers' overall diet quality. *Prev Med Reports*. 2017 Mar;5:112–7.
 22. Carbone ET, Zoellner JM. Nutrition and health literacy: a systematic review to inform nutrition research and practice. *J Acad Nutr Diet*. 2012;112(2):254–65.
 23. Okan O, Saboga-Nunes L, Bauer U. Rethinking health literacy (HL): the potentials of the salutogenic approach for defining HL in childhood and adolescence. In: 2nd World Congress of Health Research, Viseu, Portugal, 7-8 October 2014. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu. Instituto Politécnico de Viseu; 2014. p. 11.
 24. Barbosa CAP, Nunes LS, Farinelli MR, Martins RADS. Adaptação cultural e validação da versão em português (Brasil) do questionário Europeu de Literacia para a Saúde (HLS-EU-BR). In: XXVI Congresso da Associação Latina para Análise dos Sistemas de Saúde (ALASS), 3 a 5 de setembro, Ancona, Itália. 2015. Barcelona: ALASS; 2015. xxvi.
 25. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável - PNPAS. Portugal: alimentação saudável em números: 2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde; 2015.
 26. Novaes JF, Lamounier JA, Franceschini SCC, Priore SE. Fatores ambientais associados ao sobrepeso infantil. *Rev Nutr*. 2009;22(5):661–73.
 27. Cunha M, Saboga-Nunes L, Rodrigues E, Paixão E, Gaspar R, Fonseca S, et al. Literacy for health: environmental heritage, protector of nutritional status. In: 2nd World Congress of Health Research, Viseu, Portugal, 7-8 October 2014. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu. Instituto Politécnico de Viseu; 2014. p. 13–4.
 28. Okan O, Bauer U, Pinheiro P. Neglected health and literacy concepts in current health literacy research and their potentials for future activities. In: 2nd World Congress of Health Research, Viseu, Portugal, 7-8 October 2014. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu. Instituto Politécnico de Viseu; 2014. p. 10–1.
 29. Saboga-Nunes L, Rodrigues E. Measuring the sense of coherence in adolescents: results from Portugal. In: 2nd World Congress of Health Research, Viseu, Portugal, 7-8 October 2014. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu. Instituto Politécnico de Viseu; 2014. p. 11–2.

30. Gomes JP. As escolas promotoras de saúde : uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. *Educ Porto Alegre*. 2009;32(1):84–91.
31. Graça P, Gregório MJ. Estratégia para a promoção da alimentação saudável em Portugal. *Portugal: saúde em números*. 2015. p. 37–41.
32. Viana V, Sinde S. O comportamento alimentar em crianças: estudo de validação de um questionário numa amostra portuguesa (CEBQ). *Análise Psicológica*. 2008;1(26):111–20.
33. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public Health*. 2009;54(5):303–5.
34. Saboga-Nunes L, Sorensen K, Pelikan JM, Cunha M, Rodrigues E, Paixão E. Cross-cultural adaptation and validation to Portuguese of the European Literacy Survey (HLS-EU-PT). In: 2nd World Congress of Health Research, Viseu, Portugal, 7-8 October 2014. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu. Instituto Politécnico de Viseu; 2014. p. 13.
35. Pedro AR, Amaral O, Escoval A. Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Rev Port Saúde Pública*. 2016;34(3):259–75.
36. Espanha R, Mendes RV, Fernandes J. Literacia em saúde em Portugal: relatório síntese. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2016.
37. Saboga-Nunes L. Explorando a hermenêutica da literacia em saúde em Portugal (HLS-EU-PT). In: Workshop “Literacia e Comunicação em Saúde”, Reitoria da Universidade NOVA de Lisboa, 5 de abril, 2016. Lisboa: Escola Nacional de saúde Pública.; 2016.
38. Saboga-Nunes L, Freitas O, Cunha M. Renasceres: um modelo para a construção da cidadania em saúde através da literacia para a saúde. *Revista Servir*. 2016;59(1):7-16
39. Belloc NB, Breslow L. Relationship of physical health status and health practices. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 1972;1(3):409–21. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/009174357290014X>
40. Bento IC, Hott Filgueiras J, Silva Abreu MN, Cardoso Lisboa Pereira S, Gazzinelli MF. Fatores associados às fases de comportamento alimentar de usuários dos restaurantes populares em Belo Horizonte/MG- Brasil. *Rev Port Saúde Pública*. 2016;34(3):283–91.

41. Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, et al. Inquerito alimentar nacional e de atividade física (IAN-AF 2015-2016) Relatório parte II. versão 1.3 Julho,2017 (versão revista). Universida. 2017. 3-104 p.
42. Viana V. Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*. 2002;20(4):611–24.
43. Lesani A, Mohammadpoorasl A, Javadi M, Esfeh JM, Fakhari A. Eating breakfast, fruit and vegetable intake and their relation with happiness in college students. *Eat Weight Disord*. 2016;21(4):645–51.
44. Holubcikova J, Kolarcik P, Madarasova Geckova A, van Dijk JP, Reijneveld SA. Lack of parental rule-setting on eating is associated with a wide range of adolescent unhealthy eating behaviour both for boys and girls. *BioMed Cent public Heal*. 2016;16(359):1–8.
45. Viana V, Santos P, Guimarães MJ. Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: uma revisão da literatura. *Psicol Saúde e Doenças*. 2008;9(2):209–31.
46. Anderson YC, Wynter LE, Butler MS, Grant CC, Stewart JM, Cave TL, et al. Dietary intake and eating behaviours of obese New Zealand children and adolescents enrolled in a community-based intervention programme. *PLoS One*. 2016;11(11):1–12.
47. Vieira M, Carvalho GS. Promover a saúde na escola: um modelo educativo para adoção de hábitos saudáveis de alimentação e atividade física. In: Pereira B, Carvalho GS, editors. *Atas do VII seminário internacional de educação física, lazer e saúde: a atividade física promotora de saúde e desenvolvimento pessoal e social*. Braga: CIEC. Instituto de Educação. Universidade do Minho; 2011. p. 1537–47.
48. Ana Carvalho M, Do Carmo I, Breda J, Isabel Rito A. Análise comparativa de métodos de abordagem da obesidade infantil. *Rev Port Saude Publica*. 2011;29(2):148–56.
49. WHO - Regional Committee for Europe. *European food and nutrition action plan 2015 – 2020*. Copenhagen: World Health Organization - WHO; 2014. 24 p.
50. Hoque KE, Kamaluddin MA, Abdul Razak AZ, Abdul Wahid AA. Building healthy eating habits in childhood: a study of the attitudes, knowledge and dietary habits of schoolchildren in Malaysia. *PeerJ*. 2016;4:e2651.
51. Appleton KM, Hemingway A, Saulais L, Dinnella C, Monteleone E, Depezay L, et

- al. Increasing vegetable intakes: rationale and systematic review of published interventions. *Eur J Nutr.* 2016;55(3):869–96.
52. Larson N, Story M, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Secular Trends in Meal and Snack Patterns among Adolescents from 1999 to 2010. *J Acad Nutr Diet.* 2016;116(2):240–50.
53. Ronto R, Ball L, Pendergast D, Harris N. Adolescents' perspectives on food literacy and its impact on their dietary behaviours. *Appetite* [Internet]. 2016;107:549–57. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2016.09.006>
54. Padrão P, Lopes A, Lima RM, Graça P. Hidratação adequada em meio escolar. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde; 2014. 1-11 p.
55. Llauradó E, Albar SA, Giralt M, Solá R, Evans CEL. The effect of snacking and eating frequency on dietary quality in British adolescents. *Eur J Nutr.* 2016;55(4):1789–97.
56. DGC, DGS. Dia alimentar, completo equilibrado e variado. 2014;15. Available from: <http://nutrimento.pt/noticias/cartaz-porcoes-diarias-recomendadas-segundo-a-nova-roda-dos-alimentos/>
57. Edmonds CJ, Crosbie L, Fatima F, Hussain M, Jacob N, Gardner M. Dose-response effects of water supplementation on cognitive performance and mood in children and adults. *Appetite.* 2017;108:464–70.
58. Eisensteis E. Adolescência : definições , conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde.* 2005;2(2):6–7.
59. Santos Ferreira MMSR, Freitas Paúl Reis Torgal MCL. Estilos de vida na adolescência: comportamento sexual dos adolescentes portugueses. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2011;45(3):589–95.
60. Toral N, Slater B, Cintra IDP, Fisberg M. Comportamento alimentar de adolescentes em relação ao consumo de frutas e verduras. *Rev Nutr Campinas.* 2006;19(3):331–40.
61. Viana, V.; Guimarães, M. J.; Texeira, M. C.; Barbosa MC. Aquisição e desenvolvimentos de atitudes face à saúde na infância e adolescência. *Acta Pediatr Port.* 2003;4(34):277–86.
62. Costa C, Ramos E, Severo M, Barros H, Lopes C. Determinants of eating disorders symptomatology in Portuguese adolescents. *Arch Pediatr Adolesc*

- Med [Internet]. 2008;162(12):1126–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19047539>
63. Fairbrother H, Curtis P, Goyder E. Making health information meaningful: children's health literacy practices. *SSM - Popul Heal*. 2016;2:476–84.
 64. Dick DM, Adkins AE, I-Chun Kuo S. Genetic influences on adolescent behavior. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016;70:198–205.
 65. Rocha A, Capela A, Grilo C, Almeida C, Valente G, Coimbra J. Evolução da saúde escolar em Portugal: Revisão da Legislação no âmbito da saúde. *Millenium*. 2013;45:193–210.
 66. PELIKAN JM, RÖTHLIN F, GANAHL K. Comparative report on health literacy in eight: The European Health Literacy Project 2009-2012. 2012;
 67. Afonso A, Nunes C. *Estatística e Probabilidades: Aplicações e Soluções em SPSS*. Escolar Editora, editor. Lisboa; 2011.
 68. Tomás CC. *Literacia em saúde na adolescência: Tese candidatura ao grau de Doutor em Ciências da enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto*. Porto, Portugal: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto; 2012.
 69. Tomás C, Queirós P, Rodrigues T. Impacto da literacia em saúde nos comportamentos promotores de saúde em gestão de stresse em adolescentes. *Rev Port Enferm Saúde Ment Espec* 2. 2015;2:101–6.
 70. Tomás C, Queirós PJ, Ferreira T. Análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa de um instrumento de avaliação de e-Literacia em Saúde. *Rev Enferm Ref*. 2014;IV(2):19–28.
 71. Krause C, Sommerhalder K, Beer-Borst S, Abel T. Just a subtle difference: findings from a systematic review on definitions of nutrition literacy and food literacy. *Health Promot Int*. 2016;1–12.
 72. Lee J, Jeong S, Ko G, Park H, Ko Y. Development of a food safety and nutrition education program for adolescents by applying social cognitive theory. *Osong Public Heal Res Perspect*. 2016;7(4):248–60.
 73. Rito A, Breda J. Um olhar sobre a estratégia de nutrição, actividade física e obesidade na União Europeia e em Portugal. *Rev Nutricias*. 2006;6:14–7.
 74. World Health Organization. Fruit and vegetable promotion initiative/a meeting report. Rep Meet [Internet]. 2003;29. Available from:

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/68395>

75. Alexandra Bordalo et al. A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015 [Internet]. Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde; 2015. 1-136 p. Available from: [file:///C:/Users/claral/Downloads/i021579 \(1\).pdf](file:///C:/Users/claral/Downloads/i021579%20(1).pdf)
76. Verstraeten R, Leroy JL, Pieniak Z, Ochoa-Avilès A, Holdsworth M, Verbeke W, et al. Individual and environmental factors influencing adolescents' dietary behavior in low- and middle-income settings. *PLoS One*. 2016;11(7):1–15.
77. Santos O. O papel da literacia em saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinol Diabetes Obesidade*. 2010;4(3):127–34.
78. Antunes A, Moreira P. Prevalence of overweight and obesity in Portuguese children and adolescents. *Acta Med Port*. 2011;24(2):279–84.
79. McCullough MB, Robson SM, Stark LJ. A Review of the Structural Characteristics of Family Meals with Children in the United States. *Adv Nutr*. 2016;7(4):627–40.
80. Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Escolar. Programa Nacional de Saúde Escolar. Vol. 12.045, Diário da República n.º 110. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde; 2006. 1-28 p.
81. Graça P, Gregório MJ. Evolução da Política Alimentar e de Nutrição em Portugal e suas relações com o contexto internacional. *Rev SPCNA*. 2012;18(3):79–96.
82. World Health Organization/Regional Office for Europe. Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. WHO European Ministerial Conference on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020. 2013. 5 p.
83. Goes AR, Câmara G, Loureiro I, Bragança G, Saboga Nunes L, Bourbon M. Papa Bem: investir na literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil. *Rev Port Saúde Pública*. 2015;33(1):12–23.
84. Portugal. Ministério da Agricultura. [Internet]. Direção Regional de Agricultura e Pescas do Centro. Decreto-Lei nº46/89 de 15 de fevereiro. Available from: http://www.drapc.min-agricultura.pt/base/legislacao/files/decreto_lei_46_89.htm
85. Pordata. O que são NUTS? [Internet]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2017. Available from: <https://www.pordata.pt/Site/NUTS.aspx?>

86. Baker DW, Williams M V., Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns.* 1999;38(1):33–42.
87. Saboga-Nunes L, Cavalheiro G, Correia S, Santos A, Pinheiro P, Bauer U, et al. Adolescent's health literacy as a buffer in a crises context of legionella outbreak in Portugal (CRADLISA Project HLS-EU-PT). In: Carmo M, editor. *Proceedings: END 2015.* Lisbon: W.I.A.R.S; 2015. p. 184–188. International Conference on Education and New Developments, Porto, Portugal, 27–29 June 2015. ISBN: 978-989-99389-2-2.
88. Saboga-Nunes L, Cunha M, Albuquerque C. Validating the HLS-EU-(PT) questionnaire to measure health literacy in adolescents (CrAdLiSa project: HLS-EU-PT) [abstract/oral communication]. *BMC Health Services Research.* 2016;16(Suppl 3):127. Congresso Internacional de Saúde do IPLeiria - Saúde, alterações demográficas e bem-estar, 3, Leiria, 6 e 7 de maio de 2016. DOI 10.1186/s12913-016-1423-5

Anexos

Anexo 1. Comunicação em Poster associado a esta dissertação



Literacia para a saúde (LS) e consumo de vegetais e frutas numa amostra de adolescentes portugueses



LA Saboga-Nunes(1); Mirna Oliveira(2); Gregória Paixão von Amann(3); Paula Leal(4)
saboga@prosalus.com; mt.oliveira@ensp.unl.pt; gamann@dgs.pt

1) Rede Lusófona para a Promoção da Literacia para a Saúde, CISP (Centro de Investigação em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal; 2) Discente do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública; 3) Direção-Geral da Saúde (DGS); 4) Escola Superior de Enfermagem de Setúbal

Introdução

A alimentação é um dos determinantes da saúde com forte implicação nas doenças crónicas. O consumo de vegetais e frutas é um dos indicadores de avaliação do Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE). Estes alimentos representam os grupos com a maior carência de consumo em relação às recomendações internacionais e nacionais, preconizada na Roda dos Alimentos.

Objetivos

Avaliar se o consumo de vegetais e frutas por parte dos adolescentes portugueses está em conformidade com as diretrizes estabelecidas no PNSE quando se considera a Literacia para a Saúde (LS).

Métodos

Seguiu-se uma metodologia de recolha CAWI em 3 regiões de Portugal. Para avaliar o nível de LS utilizou-se a versão validada do questionário europeu HLS-EU-PT® (www.literacia-saude.info). As autorizações éticas foram garantidas junto da comissão de ética do Ministério de Educação e da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CrAdLiSa registo:0447300001; CNPD:9156/2014).

Resultados

Dos participantes (n=783) com idades entre os 11 e 22 anos de idade (M 15,8; DP 1,9) 4% apresentam LS inadequada e 37% demonstraram terem LS problemática. Quanto ao consumo de vegetais e frutas, 39,4% dos participantes referem que "Às vezes, regularmente ou muito regularmente" comem 2 porções de legumes e 3 porções de frutas diariamente. Enquanto 39,8% disseram que "nunca, quase nunca ou raramente" comem as porções recomendadas por dia. Níveis mais altos de LS implicam consumos superiores de legumes e vegetais (p<0.009).

Tabela1- Distribuição do número de alunos em relação frequência de consumo de 2 porções de verduras e 3 de frutas diariamente

LS03nlv 29 - Comes 2 porções de verduras e 3 de frutas diariamente?				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 muito frequentemente	90	11,5	11,5	11,5
2	114	14,6	14,6	26,1
3	104	13,3	13,3	39,3
4	164	20,9	20,9	60,3
5	154	19,7	19,7	79,9
6	101	12,9	12,9	92,8
7 Raramente ou nunca	56	7,2	7,2	100,0
Total	783	100,0	100,0	

Gráfico1 – Número de alunos X Frequência de consumo de 2 porções de verduras e 3 de frutas diariamente.



Conclusão

Os achados sugerem que níveis mais altos de LS favorecem a ingestão de legumes e frutas diariamente. Um investimento em LS pode ter um resultado positivo no bem-estar geral dos adolescentes. No processo de capacitação, a Saúde Escolar pode contribuir para elevar o nível de LS, incentivando a diversidade das práticas e envolver toda a comunidade educativa.

Bibliografia

- Sørensen, K., den Broek, S. V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Srońska, Z., Brand, H. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models for (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. BMC Public Health 2012, 12:80
- Saboga-Nunes L, Cavalheiro G, Correia S, Santos A, Pinheiro P, Bauer U, et al. Adolescent's health literacy as a buffer in a crisis context of legionella outbreak in Portugal (CRADLISA Project HLS-EU-PT). In: Carmo M, editor. Proceedings: END 2015. Lisbon: W.I.A.R.S.; 2015. p. 184-188.
- International Conference on Education and New Developments. Porto, Portugal, 27-29 June 2015. ISBN: 978-989-99389-2-2.
- Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Health Promot Int 1998, 13:349-364.
- Saboga-Nunes L. Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. Revista Referência. 2014;11(II Série - Suplemento)94-99.
- Saboga-Nunes L. Hemenhética da literacia em saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT). In: Congresso Português de Sociologia, 8. Évora, 14 a 16 de abril de 2014. 40 anos de democracia(s): progressos, contradições e perspectivas: atas. Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia; 2014. ISBN: 978-989-97981-2-0.
- Sørensen, K., den Broek, S. V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Srońska, Z., Brand, H. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models for (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. BMC Public Health 2012, 12:80
- Saboga-Nunes L, Cavalheiro G, Correia S, Santos A, Pinheiro P, Bauer U, et al. Adolescent's health literacy as a buffer in a crisis context of legionella outbreak in Portugal (CRADLISA Project HLS-EU-PT). In: Carmo M, editor. Proceedings: END 2015. Lisbon: W.I.A.R.S.; 2015. p. 184-188.
- Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Health Promot Int 1998, 13:349-364.
- Saboga-Nunes L. Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. Revista Referência. 2014;11(II Série - Suplemento)94-99.
- Saboga-Nunes L. Hemenhética da literacia em saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT). In: Congresso Português de Sociologia, 8. Évora, 14 a 16 de abril de 2014. 40 anos de democracia(s): progressos, contradições e perspectivas: atas. Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia; 2014. ISBN: 978-989-97981-2-0.

Anexo 2. Questionário

Excerto do questionário original, apenas questões utilizadas para o presente trabalho.

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScjm8dAkqye1RTBkAUjd8z33YXmzaAoQlrfmJ1VD8im73vFjw/formResponse?embedded=true

Vamos fazer uma pista para descobrir a saúde?

Olá,

Obrigado por participares neste estudo. Isso é muito importante. Estamos ao teu dispor se tiveres alguma dúvida através do e-mail da Profª Otilia Maria da Silva Freitas, (omsfreitas@staff.uma.pt) ou do Prof. L. Saboga Nunes (saboga@prosalus.com / telm 914747066). Agradecemos a tua colaboração (coordenação: DGS/FFFP/SC/LSN/ENSP-LINL, ISP/UM) 161103.

*Obrigatório

Vamos fazer uma pista para descobrir a saúde?

*Obrigatório

	nunca	às vezes	quase sempre	sempre	não sei/não respondo
25 - Consultas os rótulos/informação nutricional dos alimentos que compras/ou consumes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 - Necessitas de ajuda de alguém para ler instruções, folhetos, bulas, ou outros materiais do teu médico ou farmácia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27 - Comes 2 porções de vegetais e 3 de frutas diariamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28 - Tomas o pequeno-almoço diariamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29 - Por dia, para te manteres com saúde, quantas vezes achas que deves comer?
(independentemente de serem refeições principais ou lanches, selecciona o número de vezes que achas que deves comer por dia)

2 vezes

30 - Por dia comes
(independentemente de serem refeições principais ou lanches, selecciona o número de vezes que comes por dia)

2 vezes

31 - Por dia, para te manteres com saúde, qual é a quantidade de água que pensas que deves beber? *
(refere aproximadamente em litros, a quantidade de água que consideras necessária para te manteres com saúde)

2

selecciona uma das opções que caracteriza a quantidade de água que consideras que deverias beber por dia

Entre um litro e litro e meio

32 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente? *
(refere aproximadamente em litros a quantidade de água que bebes por dia)

2

selecciona uma das opções que caracteriza a quantidade de água que bebes regularmente por dia

Entre um litro e litro e meio

« Voltar Continuar »

21% concluído

Powered by Google Forms

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google
Denunciar abuso - Termos de Serviço - Termos Adicionais

*Obrigatório

B) Numa escala que vai de muito fácil a muito difícil, quão fácil, dirias, que é (assinala na escala)



	1 muito fácil	2 fácil	3 difícil	4 muito difícil	5 não sei/não respondo
1 "... encontrar informações sobre sintomas de doenças que te dizem respeito ou causam preocupação? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 "... encontrar informações sobre tratamentos de doenças que te dizem respeito ou causam preocupação? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 "... descobrir o que fazer em caso de uma emergência médica? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 "... descobrir onde obter ajuda especializada quando estás doente? (por ex. junto de um médico, farmacêutico, psicólogo) *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 "... compreender o que teu médico te diz? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 "... compreender a bula (os folhetos) que acompanham o teu medicamento? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 "... compreender o que fazer numa emergência médica? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 "... compreender instruções do teu médico ou farmacêutico sobre o modo de tomar um medicamento receitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 "... avaliar como é que a informação oriunda do teu médico se aplica ao teu caso? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 "... avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamentos? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 "... avaliar quando podes necessitar de uma segunda opinião de outro médico? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 "... avaliar, se a informação sobre a doença nos meios de comunicação é de confiança? " (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

« Voltar Continuar »

34% concluído

Powered by Google Forms

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.
Denunciar abuso - Termos de Serviço - Termos Adicionais

*Obrigatório

(cont) Numa escala que vai de muito fácil a muito difícil, quão fácil, dirias, que é (assinala na escala)



	1 muito fácil	2 fácil	3 difícil	4 muito difícil	5 não sei/não respondo
13 "... usar informações que o teu médico te dá para tomar decisões sobre a tua doença? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 "... seguir instruções sobre medicação? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 "... chamar uma ambulância em caso de emergência? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 "... seguir as instruções do teu médico ou farmacêutico? *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


17 "... encontrar informações para gerir comportamentos que afetam a tua saúde tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 "... encontrar informações para gerir problemas de saúde mental, tais como stresse ou depressão? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 "... encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devias fazer? " (por ex. teste de açúcar no sangue, pressão arterial)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 "... encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições tais como o excesso de peso, pressão arterial alta ou colesterol alto? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21 "... compreender advertências relativas à saúde e comportamentos tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 "... entender porque precisas de vacinas? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23 "... entender porque precisas de exames de saúde? (por ex. teste de açúcar no sangue, pressão sanguínea) "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 "... avaliar quão seguras são as advertências envolvendo a saúde, tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 "... avaliar quando precisas de ir a um médico para um check-up ou exame geral de saúde? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 "... avaliar quais são as vacinas de que podes precisar? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27 "... avaliar que exames de saúde precisas de fazer? (por ex. teste de açúcar no sangue, pressão sanguínea) "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39% concluído

Powered by Google Forms
 Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.
Denunciar abuso - Termos de Serviço - Termos Adicionais

***Obrigatório**

(cont) Numa escala que vai de muito fácil a muito difícil, quão fácil, dirias, que é (assinala na escala)



	1 muito fácil	2 fácil	3 difícil	4 muito difícil	5 não sei/não respondo
28 "... avaliar, se as informações sobre os riscos de saúde nos média são de confiança? (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação) "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29 "... decidir se deves fazer a vacina contra a gripe? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30 "... decidir como te podes proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31 "... decidir como podes proteger-te da doença com base em informações com origem nos meios de comunicação? (por ex. Jornais, folhetos, Internet ou outros meios de comunicação) "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32 "... encontrar informações sobre atividades saudáveis tais como atividade física, alimentação saudável e nutrição? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33 "... saber mais sobre as atividades que são boas para o teu bem-estar mental? (por ex. meditação, exercício, caminhada, pilates, etc) "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34 "... encontrar informações que indiquem como é que o teu bairro poderia ser mais amigo da saúde? (por ex. redução de ruído e poluição, a criação de espaços verdes, de lazer) "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35 "... saber mais sobre as mudanças políticas que possam afetar a saúde? (por ex. legislação, programas de rastreio de saúde, novas mudanças de governo, de reestruturação de serviços de saúde, etc) "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36 "... saber mais sobre os esforços para promover a tua saúde em meio escolar? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37 "... compreender conselhos sobre saúde que te chegam dos familiares ou amigos? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38 "... compreender informação contida nas embalagens dos alimentos? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[« Voltar](#)
[Continuar »](#)
43% concluído

Powered by **Google Forms**
Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.
[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

*Obrigatório

(cont) Numa escala que vai de muito fácil a muito difícil, quão fácil, dirias, que é (assinala na escala)

	1 muito fácil	2 fácil	3 difícil	4 muito difícil	5 não sei/não respondo
39 "... compreender a informação com origem nos meios de comunicação sobre a forma de te tomares mais saudável? " (por ex. Internet, jornais, revistas) "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40 "... compreender a informação que visa manter a mente saudável? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41 "... avaliar como o local onde vives, afeta a tua saúde e bem-estar? " (por ex. a tua comunidade, teu bairro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42 "... avaliar como as tuas condições de habitação te ajudam a permanecer saudável? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43 "... avaliar que comportamento diário está relacionado com a tua saúde? (por ex. beber álcool, hábitos alimentares, exercício, etc) "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44 "... tomar decisões para melhorar a tua saúde? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45 "... entrar num clube de desporto ou aulas num ginásio se desejares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46 "... influenciar as condições da tua vida que afetam a tua saúde e bem-estar? (por ex. ingestão de álcool, hábitos alimentares, exercício etc) "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47 "... tomar parte das atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na tua comunidade? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48 "... usar a internet para aceder a informação sobre a tua saúde"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[« Voltar](#)
[Continuar »](#)
47% concluído

Powered by **Google Forms**
Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.
[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

Vamos fazer uma pista para descobrir a saúde?

*Obrigatório

(cont) Numa escala que vai de muito fácil a muito difícil, quão fácil, dirias, que é (assinala na escala)

	1 muito fácil	2 fácil	3 difícil	4 muito difícil	5 não sei/não respondo
49 "... saber como encontrar recursos úteis de saúde na Internet? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50 "... considerar que é para ti importante aceder a fontes de informação sobre saúde na Internet? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51 "... conhecer que recursos de saúde estão disponíveis na Internet? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52 "... saber onde encontrar recursos úteis de saúde na Internet? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53 "... saber como utilizar a informação sobre saúde encontrada na Internet para te ajudar? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54 "... avaliar com as competências que tens os recursos de saúde que encontras na Internet? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55 "... distinguir recursos de saúde em que podes confiar de recursos em que não deves confiar na Internet? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56 "... sentir confiança no uso da informação da Internet para tomar decisões sobre saúde? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57 "... saber como utilizar a Internet para obter respostas às dúvidas sobre saúde? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58 "... encontrar pessoas, com quem contactas habitualmente, que possam ajudar-te na busca de informação na Internet? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59 "... descobrir que te encontras numa situação pouco habitual, sem saber o que fazer na Internet? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60 "... sentir que as coisas iriam ser feitas, quando no passado tiveste de fazer alguma coisa na Internet que dependia da cooperação de outras pessoas? "	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 3. Tabelas estatísticas

Tabela 1. Frequência de género	3
Tabela 2. Frequência de idade	3
Tabela 3. Frequência de escolaridade	3
Tabela 4. Frequência de área de residência	4
Tabela 5. Frequência da classificação geral dos níveis de Literacia para a saúde (LS)	4
Tabela 6. Frequência da LS recodificada em dois níveis	4
Tabela 7. Frequência da classificação do índice de massa corporal - IMC	4
Tabela 8. Frequência do consumo de vegetais e frutas	4
Tabela 9. Frequência do número de vezes que ACHA que deve comer	5
Tabela 10. Frequência do número de vezes que COME por dia	5
Tabela 11. Frequência da quantidade água que PENSA que deve beber por dia	5
Tabela 12. Frequência da quantidade de água que TEM bebido habitualmente	5
Tabela 13. Frequência da idade por género	6
Tabela 14. Frequência da escolaridade por género	6
Tabela 15. Frequência do género por área de residência	7
Tabela 16. Frequência da LS por género	7
Tabela 17. Frequência da LS por idade	8
Tabela 18. Frequência da LS por escolaridade	9
Tabela 19. Frequência do IMC por género	9
Tabela 20. Frequência do IMC por idade	10
Tabela 21. Frequência do IMC por escolaridade	11
Tabela 22. Frequência do consumo de vegetais e frutas por género	11
Tabela 23. Frequência do consumo de vegetais e frutas por idade	12
Tabela 24. Frequência do consumo de vegetais e frutas por escolaridade	13
Tabela 25. Frequência do número de refeições que ACHA que deve comer por género	14
Tabela 26. Frequência do número de refeições que COME por género	14
Tabela 27. Frequência do número de refeições que ACHA que deve comer por idade	15
Tabela 28. Frequência do número de refeições que COME por idade	16
Tabela 29. Frequência do número de refeições que ACHA que deve comer por escolaridade	17
Tabela 30. Frequência do número de refeições que COME por escolaridade	18
Tabela 31. Frequência da quantidade água que PENSA que deve beber por género	19
Tabela 32. Frequência da quantidade água que TEM bebido habitualmente por género	19
Tabela 33. Frequência da quantidade água que PENSA que deve beber por idade	20
Tabela 34. Frequência da quantidade água que TEM bebido habitualmente por idade	21
Tabela 35. Frequência da quantidade água que PENSA que deve beber por escolaridade	22
Tabela 36. . Frequência da quantidade água que TEM bebido habitualmente por escolaridade	23
Tabela 37. Correlação LS x género	25
Tabela 38. Correlação LS x idade	25
Tabela 39. Correlação LS x escolaridade	25
Tabela 40. Correlação LS x IMC	25
Tabela 41. Correlação LS x Consumo de vegetais e frutas	26
Tabela 42. Correlação LS x Número de refeições	26
Tabela 43. Correlação LS x Ingestão de água	26
Tabela 44. Correlação IMC x género	27
Tabela 45. Correlação IMC x idade	27
Tabela 46. Correlação IMC x escolaridade	27
Tabela 47. Correlação IMC x consumo de vegetais e frutas	27
Tabela 48. Correlação IMC x número de refeições	28
Tabela 49. Correlação IMC x ingestão de água	28
Tabela 50. Correlação Consumo de vegetais e frutas x género	28
Tabela 51. Correlação consumo de vegetais e frutas x idade	29
Tabela 52. Correlação consumo de vegetais e frutas x escolaridade	29
Tabela 53. Correlação número de refeições x género	29
Tabela 54. Correlação número de refeições x idade	29
Tabela 55. Correlação número de refeições x escolaridade	30
Tabela 56. Correlação ingestão de água x género	30

Tabela 57. Correlação ingestão de água x idade _____	30
Tabela 58. Correlação Ingestão de água x escolaridade _____	31
Tabela 59. Tabulação cruzada LS x gênero _____	31
Tabela 60. Tabulação cruzada LS x idade _____	32
Tabela 61. Tabulação cruzada LS x escolaridade _____	33
Tabela 62. Tabulação cruzada Consumo de vegetais e frutas x gênero _____	34
Tabela 63. Tabulação cruzada Consumo de vegetais e frutas x idade _____	35
Tabela 64. Tabulação cruzada consumo de vegetais e frutas x escolaridade _____	36
Tabela 65. Tabulação cruzada Número de refeições x gênero _____	37
Tabela 66. Tabulação cruzada Número de refeições x idade _____	37
Tabela 67. Tabulação cruzada Número de refeições por escolaridade _____	39
Tabela 68. Tabulação cruzada Ingestão de água x gênero _____	40
Tabela 69. Tabulação cruzada Ingestão de água x idade _____	41
Tabela 70. Tabulação cruzada Ingestão de água x escolaridade _____	43
Tabela 71. Tabulação cruzada IMC x gênero _____	44
Tabela 72. Tabulação cruzada IMC x idade _____	45
Tabela 73. Tabulação cruzada IMC x escolaridade _____	46
Tabela 74. Tabulação cruzada Consumo de vegetais e frutas x LS _____	47
Tabela 75. Tabulação cruzada Número de refeições x LS _____	48
Tabela 76. Tabulação cruzada Ingestão de água x LS _____	49
Tabela 77. Tabulação cruzada IMC x consumo de vegetais e frutas _____	50
Tabela 78. Tabulação cruzada IMC x número de refeições _____	51
Tabela 79. Tabulação cruzada IMC x ingestão de água _____	52
Tabela 80. Tabulação cruzada LS x IMC _____	53
Tabela 81. Tabulação cruzada Área de residência x LS _____	53
Tabela 82. Tabulação cruzada Área de residência x IMC _____	54
Tabela 83. Tabulação cruzada Área de residência x consumo de vegetais e frutas _____	55
Tabela 84. Tabulação cruzada Área de residência x número de refeições _____	55
Tabela 85. Tabulação cruzada Área de residência x ingestão de água _____	56
Tabela 86. Tabulação cruzada ...quantas vezes ACHA que deve comer x por dia COME _____	58
Tabela 87. Tabulação cruzada ...quantidade de água que PENSA que deve beber x TEM bebido _____	59

Tabelas de frequências

Tabela 6. Frequência de gênero

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido Masculino	309	39,5	39,5	39,5
Feminino	474	60,5	60,5	100,0
Total	783	100,0	100,0	

Tabela 7. Frequência de idade

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 12	19	2,4	2,4	2,4
13	83	10,6	10,6	13,0
14	99	12,6	12,6	25,7
15	119	15,2	15,2	40,9
16	161	20,6	20,6	61,4
17	132	16,9	16,9	78,3
18	102	13,0	13,0	91,3
19	53	6,8	6,8	98,1
20	8	1,0	1,0	99,1
21	7	,9	,9	100,0
Total	783	100,0	100,0	

Estadísticas

Idade

N	Válido	783
	Ausente	0
Média		15,90
Mediana		16,00
Modo		16
Desvio Padrão		1,918
Variância		3,680
Mínimo		12
Máximo		21

Tabela 8. Frequência de escolaridade

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 7º ano	79	10,1	10,1	10,1
8º ano	119	15,2	15,2	25,3
9º ano	110	14,0	14,0	39,3
10º ano	216	27,6	27,6	66,9
11º ano	168	21,5	21,5	88,4
12º ano	91	11,6	11,6	100,0
Total	783	100,0	100,0	

Tabela 9. Frequência de área de residência

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Vila Franca de Xira	168	21,5	21,9	21,9
	Setúbal periferia	109	13,9	14,2	36,1
	Setúbal	491	62,7	63,9	100,0
	Total	768	98,1	100,0	
Ausente	Sistema	15	1,9		
Total		783	100,0		

Tabela 10. Frequência da classificação geral dos níveis de Literacia para a saúde (LS)

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	LS inadequado	28	3,6	4,0	4,0
	LS problemático	209	26,7	30,1	34,1
	LS suficiente	315	40,2	45,4	79,5
	LS excelente	142	18,1	20,5	100,0
	Total	694	88,6	100,0	
Ausente	Sistema	89	11,4		
Total		783	100,0		

Tabela 11. Frequência da LS recodificada em dois níveis

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	LS Mau (inadequado ou problemático)	260	33,2	35,0	35,0
	LS Bom (suficiente ou excelente)	482	61,6	65,0	100,0
	Total	742	94,8	100,0	
Ausente	Sistema	41	5,2		
Total		783	100,0		

Tabela 12. Frequência da classificação do índice de massa corporal - IMC

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Baixo peso	139	17,8	17,8	17,8
	Normal	531	67,8	67,8	85,6
	Excesso de peso	113	14,4	14,4	100,0
	Total	783	100,0	100,0	

Tabela 13. Frequência do consumo de vegetais e frutas

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sempre	204	26,1	26,1	26,1
	Quase sempre	268	34,2	34,2	60,3
	Às vezes	255	32,6	32,6	92,8
	Nunca	56	7,2	7,2	100,0
	Total	783	100,0	100,0	

Tabela 14. Frequência do número de vezes que ACHA que deve comer

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	2 x	5	,6	,6	,6
	3 x	56	7,2	7,2	7,8
	4 x	214	27,3	27,5	35,3
	5 x	325	41,5	41,8	77,1
	6 x	134	17,1	17,2	94,3
	7 x ou mais	44	5,6	5,7	100,0
	Total	778	99,4	100,0	
Ausente	Sistema	5	,6		
Total		783	100,0		

Tabela 15. Frequência do número de vezes que COME por dia

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	2 x	17	2,2	2,2	2,2
	3 x	96	12,3	12,4	14,6
	4 x	272	34,7	35,1	49,6
	5 x	238	30,4	30,7	80,3
	6 x	104	13,3	13,4	93,7
	7 x ou mais	49	6,3	6,3	100,0
	Total	776	99,1	100,0	
Ausente	Sistema	7	,9		
Total		783	100,0		

Tabela 16. Frequência da quantidade água que PENSA que deve beber por dia

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Entre meio litro e um litro	95	12,1	12,1	12,1
	Entre um litro e litro e meio	384	49,0	49,0	61,2
	Mais de um litro e meio	266	34,0	34,0	95,1
	Menos de meio litro	17	2,2	2,2	97,3
	Não sei/ não respondo	21	2,7	2,7	100,0
	Total	783	100,0	100,0	

Tabela 17. Frequência da quantidade de água que TEM bebido habitualmente

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Entre meio litro e um litro	279	35,6	35,6	35,6
	Entre um litro e litro e meio	245	31,3	31,3	66,9
	Mais de litro e meio	119	15,2	15,2	82,1
	Menos de meio litro	92	11,7	11,7	93,9
	Não sei / Não respondo	48	6,1	6,1	100,0
	Total	783	100,0	100,0	

Tabela 18. Frequência da idade por gênero

Gênero			Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Masculino	Válido	12	3	1,0	1,0	1,0
		13	37	12,0	12,0	12,9
		14	50	16,2	16,2	29,1
		15	47	15,2	15,2	44,3
		16	67	21,7	21,7	66,0
		17	51	16,5	16,5	82,5
		18	31	10,0	10,0	92,6
		19	22	7,1	7,1	99,7
		20	1	,3	,3	100,0
		Total	309	100,0	100,0	
Feminino	Válido	12	16	3,4	3,4	3,4
		13	46	9,7	9,7	13,1
		14	49	10,3	10,3	23,4
		15	72	15,2	15,2	38,6
		16	94	19,8	19,8	58,4
		17	81	17,1	17,1	75,5
		18	71	15,0	15,0	90,5
		19	31	6,5	6,5	97,0
		20	7	1,5	1,5	98,5
		21	7	1,5	1,5	100,0
		Total	474	100,0	100,0	

Tabela 19. Frequência da escolaridade por gênero

Gênero			Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Masculino	Válido	7º ano	30	9,7	9,7	9,7
		8º ano	58	18,8	18,8	28,5
		9º ano	45	14,6	14,6	43,0
		10º ano	92	29,8	29,8	72,8
		11º ano	54	17,5	17,5	90,3
		12º ano	30	9,7	9,7	100,0
		Total	309	100,0	100,0	
Feminino	Válido	7º ano	49	10,3	10,3	10,3
		8º ano	61	12,9	12,9	23,2
		9º ano	65	13,7	13,7	36,9
		10º ano	124	26,2	26,2	63,1
		11º ano	114	24,1	24,1	87,1
		12º ano	61	12,9	12,9	100,0
		Total	474	100,0	100,0	

Tabela 20. Frequência do género por área de residência

Género			Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Masculino	Válido	Vila Franca de Xira	69	22,3	22,9	22,9
		Setúbal periferia	41	13,3	13,6	36,5
		Setúbal	191	61,8	63,5	100,0
		Total	301	97,4	100,0	
	Ausente	Sistema	8	2,6		
Total			309	100,0		
Feminino	Válido	Vila Franca de Xira	99	20,9	21,2	21,2
		Setúbal periferia	68	14,3	14,6	35,8
		Setúbal	300	63,3	64,2	100,0
		Total	467	98,5	100,0	
	Ausente	Sistema	7	1,5		
Total			474	100,0		

Tabela 21. Frequência da LS por género

Género			Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Masculino	Válido	LS inadequada e problemática	97	31,4	33,4	33,4
		LS suficiente e excelente	193	62,5	66,6	100,0
		Total	290	93,9	100,0	
	Ausente	Sistema	19	6,1		
Total			309	100,0		
Feminino	Válido	LS inadequada e problemática	163	34,4	36,1	36,1
		LS suficiente e excelente	289	61,0	63,9	100,0
		Total	452	95,4	100,0	
	Ausente	Sistema	22	4,6		
Total			474	100,0		

Tabela 22. Frequência da LS por idade

Idade		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
12	Válido				
	LS inadequado e problemático	4	21,1	22,2	22,2
	LS suficiente e excelente	14	73,7	77,8	100,0
	Total	18	94,7	100,0	
	Ausente Sistema	1	5,3		
	Total	19	100,0		
13	Válido				
	LS inadequado e problemático	18	21,7	22,8	22,8
	LS suficiente e excelente	61	73,5	77,2	100,0
	Total	79	95,2	100,0	
	Ausente Sistema	4	4,8		
	Total	83	100,0		
14	Válido				
	LS inadequado e problemático	30	30,3	33,3	33,3
	LS suficiente e excelente	60	60,6	66,7	100,0
	Total	90	90,9	100,0	
	Ausente Sistema	9	9,1		
	Total	99	100,0		
15	Válido				
	LS inadequado e problemático	38	31,9	33,3	33,3
	LS suficiente e excelente	76	63,9	66,7	100,0
	Total	114	95,8	100,0	
	Ausente Sistema	5	4,2		
	Total	119	100,0		
16	Válido				
	LS inadequado e problemático	52	32,3	33,3	33,3
	LS suficiente e excelente	104	64,6	66,7	100,0
	Total	156	96,9	100,0	
	Ausente Sistema	5	3,1		
	Total	161	100,0		
17	Válido				
	LS inadequado e problemático	46	34,8	36,5	36,5
	LS suficiente e excelente	80	60,6	63,5	100,0
	Total	126	95,5	100,0	
	Ausente Sistema	6	4,5		
	Total	132	100,0		
18	Válido				
	LS inadequado e problemático	44	43,1	46,8	46,8
	LS suficiente e excelente	50	49,0	53,2	100,0
	Total	94	92,2	100,0	
	Ausente Sistema	8	7,8		
	Total	102	100,0		
19	Válido				
	LS inadequado e problemático	17	32,1	34,0	34,0
	LS suficiente e excelente	33	62,3	66,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
	Ausente Sistema	3	5,7		
	Total	53	100,0		
20	Válido				
	LS inadequado e problemático	4	50,0	50,0	50,0
	LS suficiente e excelente	4	50,0	50,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	
21	Válido				
LS inadequado e problemático	7	100,0	100,0	100,0	

Tabela 23. Frequência da LS por escolaridade

Escolaridade			Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
7º ano	Válido	LS inadequado e problemático	21	26,6	27,3	27,3
		LS suficiente e excelente	56	70,9	72,7	100,0
		Total	77	97,5	100,0	
	Ausente	Sistema	2	2,5		
	Total		79	100,0		
8º ano	Válido	LS inadequado e problemático	28	23,5	25,9	25,9
		LS suficiente e excelente	80	67,2	74,1	100,0
		Total	108	90,8	100,0	
	Ausente	Sistema	11	9,2		
	Total		119	100,0		
9º ano	Válido	LS inadequado e problemático	43	39,1	41,3	41,3
		LS suficiente e excelente	61	55,5	58,7	100,0
		Total	104	94,5	100,0	
	Ausente	Sistema	6	5,5		
	Total		110	100,0		
10º ano	Válido	LS inadequado e problemático	62	28,7	29,4	29,4
		LS suficiente e excelente	149	69,0	70,6	100,0
		Total	211	97,7	100,0	
	Ausente	Sistema	5	2,3		
	Total		216	100,0		
11º ano	Válido	LS inadequado e problemático	72	42,9	45,6	45,6
		LS suficiente e excelente	86	51,2	54,4	100,0
		Total	158	94,0	100,0	
	Ausente	Sistema	10	6,0		
	Total		168	100,0		
12º ano	Válido	LS inadequado e problemático	34	37,4	40,5	40,5
		LS suficiente e excelente	50	54,9	59,5	100,0
		Total	84	92,3	100,0	
	Ausente	Sistema	7	7,7		
	Total		91	100,0		

Tabela 24. Frequência do IMC por gênero

Gênero			Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Masculino	Válido	Baixo peso	57	18,4	18,4	18,4
		Normal	202	65,4	65,4	83,8
		Excesso de peso	50	16,2	16,2	100,0
		Total	309	100,0	100,0	
	Feminino	Válido	Baixo peso	82	17,3	17,3
		Normal	329	69,4	69,4	86,7
		Excesso de peso	63	13,3	13,3	100,0
		Total	474	100,0	100,0	

Tabela 25. Frequência do IMC por idade

Idade			Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
12	Válido	Baixo peso	2	10,5	10,5	10,5
		Normal	7	36,8	36,8	47,4
		Excesso de peso	10	52,6	52,6	100,0
		Total	19	100,0	100,0	
13	Válido	Baixo peso	14	16,9	16,9	16,9
		Normal	52	62,7	62,7	79,5
		Excesso de peso	17	20,5	20,5	100,0
		Total	83	100,0	100,0	
14	Válido	Baixo peso	14	14,1	14,1	14,1
		Normal	69	69,7	69,7	83,8
		Excesso de peso	16	16,2	16,2	100,0
		Total	99	100,0	100,0	
15	Válido	Baixo peso	24	20,2	20,2	20,2
		Normal	73	61,3	61,3	81,5
		Excesso de peso	22	18,5	18,5	100,0
		Total	119	100,0	100,0	
16	Válido	Baixo peso	35	21,7	21,7	21,7
		Normal	108	67,1	67,1	88,8
		Excesso de peso	18	11,2	11,2	100,0
		Total	161	100,0	100,0	
17	Válido	Baixo peso	18	13,6	13,6	13,6
		Normal	101	76,5	76,5	90,2
		Excesso de peso	13	9,8	9,8	100,0
		Total	132	100,0	100,0	
18	Válido	Baixo peso	23	22,5	22,5	22,5
		Normal	70	68,6	68,6	91,2
		Excesso de peso	9	8,8	8,8	100,0
		Total	102	100,0	100,0	
19	Válido	Baixo peso	9	17,0	17,0	17,0
		Normal	40	75,5	75,5	92,5
		Excesso de peso	4	7,5	7,5	100,0
		Total	53	100,0	100,0	
20	Válido	Normal	4	50,0	50,0	50,0
		Excesso de peso	4	50,0	50,0	100,0
		Total	8	100,0	100,0	
21	Válido	Normal	7	100,0	100,0	100,0

Tabela 26. Frequência do IMC por escolaridade

Escolaridade			Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
7º ano	Válido	Baixo peso	14	17,7	17,7	17,7
		Normal	44	55,7	55,7	73,4
		Excesso de peso	21	26,6	26,6	100,0
		Total	79	100,0	100,0	
8º ano	Válido	Baixo peso	19	16,0	16,0	16,0
		Normal	80	67,2	67,2	83,2
		Excesso de peso	20	16,8	16,8	100,0
		Total	119	100,0	100,0	
9º ano	Válido	Baixo peso	22	20,0	20,0	20,0
		Normal	69	62,7	62,7	82,7
		Excesso de peso	19	17,3	17,3	100,0
		Total	110	100,0	100,0	
10º ano	Válido	Baixo peso	43	19,9	19,9	19,9
		Normal	147	68,1	68,1	88,0
		Excesso de peso	26	12,0	12,0	100,0
		Total	216	100,0	100,0	
11º ano	Válido	Baixo peso	33	19,6	19,6	19,6
		Normal	120	71,4	71,4	91,1
		Excesso de peso	15	8,9	8,9	100,0
		Total	168	100,0	100,0	
12º ano	Válido	Baixo peso	8	8,8	8,8	8,8
		Normal	71	78,0	78,0	86,8
		Excesso de peso	12	13,2	13,2	100,0
		Total	91	100,0	100,0	

Tabela 27. Frequência do consumo de vegetais e frutas por gênero

Gênero			Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Masculino	Válido	Sempre	72	23,3	23,3	23,3
		Quase sempre	106	34,3	34,3	57,6
		Às vezes	101	32,7	32,7	90,3
		Nunca	30	9,7	9,7	100,0
		Total	309	100,0	100,0	
Feminino	Válido	Sempre	132	27,8	27,8	27,8
		Quase sempre	162	34,2	34,2	62,0
		Às vezes	154	32,5	32,5	94,5
		Nunca	26	5,5	5,5	100,0
		Total	474	100,0	100,0	

Tabela 28. Frequência do consumo de vegetais e frutas por idade

Idade			Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
12	Válido	Sempre	7	36,8	36,8	36,8
		Quase sempre	7	36,8	36,8	73,7
		Às vezes	3	15,8	15,8	89,5
		Nunca	2	10,5	10,5	100,0
		Total	19	100,0	100,0	
13	Válido	Sempre	24	28,9	28,9	28,9
		Quase sempre	37	44,6	44,6	73,5
		Às vezes	19	22,9	22,9	96,4
		Nunca	3	3,6	3,6	100,0
		Total	83	100,0	100,0	
14	Válido	Sempre	23	23,2	23,2	23,2
		Quase sempre	40	40,4	40,4	63,6
		Às vezes	27	27,3	27,3	90,9
		Nunca	9	9,1	9,1	100,0
		Total	99	100,0	100,0	
15	Válido	Sempre	32	26,9	26,9	26,9
		Quase sempre	46	38,7	38,7	65,5
		Às vezes	32	26,9	26,9	92,4
		Nunca	9	7,6	7,6	100,0
		Total	119	100,0	100,0	
16	Válido	Sempre	45	28,0	28,0	28,0
		Quase sempre	52	32,3	32,3	60,2
		Às vezes	58	36,0	36,0	96,3
		Nunca	6	3,7	3,7	100,0
		Total	161	100,0	100,0	
17	Válido	Sempre	35	26,5	26,5	26,5
		Quase sempre	37	28,0	28,0	54,5
		Às vezes	49	37,1	37,1	91,7
		Nunca	11	8,3	8,3	100,0
		Total	132	100,0	100,0	
18	Válido	Sempre	23	22,5	22,5	22,5
		Quase sempre	24	23,5	23,5	46,1
		Às vezes	44	43,1	43,1	89,2
		Nunca	11	10,8	10,8	100,0
		Total	102	100,0	100,0	
19	Válido	Sempre	14	26,4	26,4	26,4
		Quase sempre	17	32,1	32,1	58,5
		Às vezes	17	32,1	32,1	90,6
		Nunca	5	9,4	9,4	100,0
		Total	53	100,0	100,0	
20	Válido	Quase sempre	4	50,0	50,0	50,0
		Às vezes	4	50,0	50,0	100,0
		Total	8	100,0	100,0	
21	Válido	Sempre	1	14,3	14,3	14,3
		Quase sempre	4	57,1	57,1	71,4
		Às vezes	2	28,6	28,6	100,0
		Total	7	100,0	100,0	

Tabela 29. Frequência do consumo de vegetais e frutas por escolaridade

Escolaridade			Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
7º ano	Válido	Sempre	21	26,6	26,6	26,6
		Quase sempre	33	41,8	41,8	68,4
		Às vezes	17	21,5	21,5	89,9
		Nunca	8	10,1	10,1	100,0
		Total	79	100,0	100,0	
8º ano	Válido	Sempre	39	32,8	32,8	32,8
		Quase sempre	48	40,3	40,3	73,1
		Às vezes	27	22,7	22,7	95,8
		Nunca	5	4,2	4,2	100,0
		Total	119	100,0	100,0	
9º ano	Válido	Sempre	22	20,0	20,0	20,0
		Quase sempre	38	34,5	34,5	54,5
		Às vezes	41	37,3	37,3	91,8
		Nunca	9	8,2	8,2	100,0
		Total	110	100,0	100,0	
10º ano	Válido	Sempre	61	28,2	28,2	28,2
		Quase sempre	72	33,3	33,3	61,6
		Às vezes	69	31,9	31,9	93,5
		Nunca	14	6,5	6,5	100,0
		Total	216	100,0	100,0	
11º ano	Válido	Sempre	48	28,6	28,6	28,6
		Quase sempre	46	27,4	27,4	56,0
		Às vezes	64	38,1	38,1	94,0
		Nunca	10	6,0	6,0	100,0
		Total	168	100,0	100,0	
12º ano	Válido	Sempre	13	14,3	14,3	14,3
		Quase sempre	31	34,1	34,1	48,4
		Às vezes	37	40,7	40,7	89,0
		Nunca	10	11,0	11,0	100,0
		Total	91	100,0	100,0	

Tabela 30. Frequência do número de refeições que ACHA que deve comer por gênero

Gênero			Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Masculino	Válido	2 x	1	,3	,3	,3
		3 x	30	9,7	9,8	10,1
		4 x	93	30,1	30,4	40,5
		5 x	120	38,8	39,2	79,7
		6 x	43	13,9	14,1	93,8
		7 x ou mais	19	6,1	6,2	100,0
		Total	306	99,0	100,0	
	Ausente	Sistema	3	1,0		
Total			309	100,0		
Feminino	Válido	2 x	4	,8	,8	,8
		3 x	26	5,5	5,5	6,4
		4 x	121	25,5	25,6	32,0
		5 x	205	43,2	43,4	75,4
		6 x	91	19,2	19,3	94,7
		7 x ou mais	25	5,3	5,3	100,0
		Total	472	99,6	100,0	
	Ausente	Sistema	2	,4		
Total			474	100,0		

Tabela 31. Frequência do número de refeições que COME por gênero

Gênero			Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Masculino	Válido		3	1,0	1,0	1,0
		2 vezes	8	2,6	2,6	3,6
		3 vezes	39	12,6	12,6	16,2
		4 vezes	116	37,5	37,5	53,7
		5 vezes	89	28,8	28,8	82,5
		6 vezes	37	12,0	12,0	94,5
		7 ou mais vezes	17	5,5	5,5	100,0
	Total	309	100,0	100,0		
Feminino	Válido		4	,8	,8	,8
		2 vezes	9	1,9	1,9	2,7
		3 vezes	57	12,0	12,0	14,8
		4 vezes	156	32,9	32,9	47,7
		5 vezes	149	31,4	31,4	79,1
		6 vezes	67	14,1	14,1	93,2
		7 ou mais vezes	32	6,8	6,8	100,0
	Total	474	100,0	100,0		

Tabela 32. Frequência do número de refeições que ACHA que deve comer por idade

Idade			Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
12	Válido	4 x	8	42,1	42,1	42,1
		5 x	8	42,1	42,1	84,2
		6 x	1	5,3	5,3	89,5
		7 x ou mais	2	10,5	10,5	100,0
		Total	19	100,0	100,0	
13	Válido	3 x	7	8,4	8,4	8,4
		4 x	26	31,3	31,3	39,8
		5 x	32	38,6	38,6	78,3
		6 x	15	18,1	18,1	96,4
		7 x ou mais	3	3,6	3,6	100,0
		Total	83	100,0	100,0	
14	Válido	2 x	1	1,0	1,0	1,0
		3 x	8	8,1	8,1	9,1
		4 x	23	23,2	23,2	32,3
		5 x	50	50,5	50,5	82,8
		6 x	11	11,1	11,1	93,9
		7 x ou mais	6	6,1	6,1	100,0
		Total	99	100,0	100,0	
15	Válido	2 x	1	,8	,8	,8
		3 x	11	9,2	9,3	10,2
		4 x	34	28,6	28,8	39,0
		5 x	49	41,2	41,5	80,5
		6 x	20	16,8	16,9	97,5
		7 x ou mais	3	2,5	2,5	100,0
		Total	118	99,2	100,0	
	Ausente Sistema	1	,8			
Total	119	100,0				
16	Válido	2 x	2	1,2	1,3	1,3
		3 x	5	3,1	3,1	4,4
		4 x	44	27,3	27,7	32,1
		5 x	70	43,5	44,0	76,1
		6 x	27	16,8	17,0	93,1
		7 x ou mais	11	6,8	6,9	100,0
		Total	159	98,8	100,0	
	Ausente Sistema	2	1,2			
Total	161	100,0				
17	Válido	2 x	1	,8	,8	,8
		3 x	7	5,3	5,4	6,2
		4 x	38	28,8	29,2	35,4
		5 x	45	34,1	34,6	70,0
		6 x	26	19,7	20,0	90,0
		7 x ou mais	13	9,8	10,0	100,0
		Total	130	98,5	100,0	
	Ausente Sistema	2	1,5			
Total	132	100,0				
18	Válido	3 x	11	10,8	10,8	10,8
		4 x	19	18,6	18,6	29,4
		5 x	47	46,1	46,1	75,5
		6 x	21	20,6	20,6	96,1
		7 x ou mais	4	3,9	3,9	100,0

		Total	102	100,0	100,0	
19	Válido	3 x	7	13,2	13,2	13,2
		4 x	18	34,0	34,0	47,2
		5 x	18	34,0	34,0	81,1
		6 x	8	15,1	15,1	96,2
		7 x ou mais	2	3,8	3,8	100,0
		Total	53	100,0	100,0	
20	Válido	4 x	2	25,0	25,0	25,0
		5 x	4	50,0	50,0	75,0
		6 x	2	25,0	25,0	100,0
		Total	8	100,0	100,0	
21	Válido	4 x	2	28,6	28,6	28,6
		5 x	2	28,6	28,6	57,1
		6 x	3	42,9	42,9	100,0
		Total	7	100,0	100,0	

Tabela 33. Frequência do número de refeições que COME por idade

Idade	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
12 Válido	3 vezes	3	15,8	15,8
	4 vezes	6	31,6	47,4
	5 vezes	7	36,8	84,2
	6 vezes	3	15,8	100,0
	Total	19	100,0	100,0
13 Válido	2 vezes	2	2,4	2,4
	3 vezes	8	9,6	12,0
	4 vezes	29	34,9	47,0
	5 vezes	33	39,8	86,7
	6 vezes	8	9,6	96,4
	7 ou mais vezes	3	3,6	100,0
	Total	83	100,0	100,0
14 Válido	2 vezes	3	3,0	3,0
	3 vezes	7	7,1	10,1
	4 vezes	42	42,4	52,5
	5 vezes	36	36,4	88,9
	6 vezes	11	11,1	100,0
	Total	99	100,0	100,0
15 Válido		1	,8	,8
	2 vezes	3	2,5	3,4
	3 vezes	17	14,3	17,6
	4 vezes	48	40,3	58,0
	5 vezes	27	22,7	80,7
	6 vezes	19	16,0	96,6
	7 ou mais vezes	4	3,4	100,0
Total	119	100,0	100,0	
16 Válido		3	1,9	1,9
	2 vezes	2	1,2	3,1
	3 vezes	21	13,0	16,1
	4 vezes	54	33,5	49,7
	5 vezes	53	32,9	82,6
	6 vezes	21	13,0	95,7
	7 ou mais vezes	7	4,3	100,0
	Total	161	100,0	100,0
17 Válido		3	2,3	2,3
	2 vezes	1	,8	3,0
	3 vezes	14	10,6	13,6
	4 vezes	44	33,3	47,0
	5 vezes	34	25,8	72,7

		6 vezes	23	17,4	17,4	90,2
		7 ou mais vezes	13	9,8	9,8	100,0
		Total	132	100,0	100,0	
18	Válido	2 vezes	4	3,9	3,9	3,9
		3 vezes	11	10,8	10,8	14,7
		4 vezes	29	28,4	28,4	43,1
		5 vezes	31	30,4	30,4	73,5
		6 vezes	10	9,8	9,8	83,3
		7 ou mais vezes	17	16,7	16,7	100,0
		Total	102	100,0	100,0	
19	Válido	3 vezes	15	28,3	28,3	28,3
		4 vezes	16	30,2	30,2	58,5
		5 vezes	15	28,3	28,3	86,8
		6 vezes	4	7,5	7,5	94,3
		7 ou mais vezes	3	5,7	5,7	100,0
		Total	53	100,0	100,0	
20	Válido	2 vezes	2	25,0	25,0	25,0
		4 vezes	4	50,0	50,0	75,0
		6 vezes	2	25,0	25,0	100,0
		Total	8	100,0	100,0	
21	Válido	5 vezes	2	28,6	28,6	28,6
		6 vezes	3	42,9	42,9	71,4
		7 ou mais vezes	2	28,6	28,6	100,0
		Total	7	100,0	100,0	

Tabela 34. Frequência do número de refeições que ACHA que deve comer por escolaridade

Escolaridade		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
7º ano	Válido	2 x	1	1,3	1,3
		3 x	8	10,1	11,4
		4 x	23	29,1	40,5
		5 x	27	34,2	74,7
		6 x	13	16,5	91,1
		7 x ou mais	7	8,9	100,0
		Total	79	100,0	100,0
8º ano	Válido	3 x	8	6,7	6,7
		4 x	36	30,3	37,0
		5 x	53	44,5	81,5
		6 x	15	12,6	94,1
		7 x ou mais	7	5,9	100,0
		Total	119	100,0	100,0
9º ano	Válido	2 x	1	,9	,9
		3 x	11	10,0	11,0
		4 x	28	25,5	36,7
		5 x	49	44,5	81,7
		6 x	13	11,8	93,6
		7 x ou mais	7	6,4	100,0
		Total	109	99,1	100,0
	Ausente Sistema	1	,9		
Total	110	100,0			
10º ano	Válido	2 x	2	,9	,9
		3 x	13	6,0	7,0
		4 x	61	28,2	35,7
		5 x	82	38,0	74,2
		6 x	46	21,3	95,8
		7 x ou mais	9	4,2	100,0
		Total	213	98,6	100,0
Ausente Sistema	3	1,4			

	Total		216	100,0		
11º ano	Válido	2 x	1	,6	,6	,6
		3 x	4	2,4	2,4	3,0
		4 x	39	23,2	23,4	26,3
		5 x	74	44,0	44,3	70,7
		6 x	37	22,0	22,2	92,8
		7 x ou mais	12	7,1	7,2	100,0
		Total	167	99,4	100,0	
	Ausente	Sistema	1	,6		
	Total		168	100,0		
12º ano	Válido	3 x	12	13,2	13,2	13,2
		4 x	27	29,7	29,7	42,9
		5 x	40	44,0	44,0	86,8
		6 x	10	11,0	11,0	97,8
		7 x ou mais	2	2,2	2,2	100,0
		Total	91	100,0	100,0	

Tabela 35. Frequência do número de refeições que COME por escolaridade

Escolaridade	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
7º ano Válido	2 vezes	2	2,5	2,5
	3 vezes	11	13,9	16,5
	4 vezes	27	34,2	50,6
	5 vezes	26	32,9	83,5
	6 vezes	10	12,7	96,2
	7 ou mais vezes	3	3,8	100,0
	Total	79	100,0	
8º ano Válido	2 vezes	3	2,5	2,5
	3 vezes	9	7,6	10,1
	4 vezes	47	39,5	49,6
	5 vezes	45	37,8	87,4
	6 vezes	11	9,2	96,6
	7 ou mais vezes	4	3,4	100,0
	Total	119	100,0	
9º ano Válido	2 vezes	1	,9	,9
	3 vezes	5	4,5	5,5
	4 vezes	11	10,0	15,5
	5 vezes	39	35,5	50,9
	6 vezes	32	29,1	80,0
	7 ou mais vezes	17	15,5	95,5
	Total	110	100,0	
10º ano Válido	2 vezes	4	1,9	1,9
	3 vezes	4	1,9	3,7
	4 vezes	28	13,0	16,7
	5 vezes	79	36,6	53,2
	6 vezes	61	28,2	81,5
	7 ou mais vezes	33	15,3	96,8
	Total	7	3,2	100,0
	Total	216	100,0	
11º ano Válido	2 vezes	2	1,2	1,2
	3 vezes	1	,6	1,8
	4 vezes	14	8,3	10,1
	5 vezes	56	33,3	43,5
	6 vezes	51	30,4	73,8
	7 ou mais vezes	23	13,7	87,5
	Total	21	12,5	100,0
	Total	168	100,0	
12º ano Válido	2 vezes	2	2,2	2,2
	3 vezes	23	25,3	27,5
	4 vezes	24	26,4	53,8
	5 vezes	23	25,3	79,1

6 vezes	10	11,0	11,0	90,1
7 ou mais vezes	9	9,9	9,9	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Tabela 36. Frequência da quantidade água que PENSA que deve beber por género

Género			Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Masculino	Válido	menos de meio litro	3	1,0	1,0	1,0
		entre meio litro e um litro	32	10,4	10,6	11,6
		entre um litro e litro e meio	148	47,9	49,0	60,6
		mais de litro e meio	119	38,5	39,4	100,0
		Total	302	97,7	100,0	
Ausente	não sei / não respondo	7	2,3			
Total			309	100,0		
Feminino	Válido	menos de meio litro	14	3,0	3,0	3,0
		entre meio litro e um litro	63	13,3	13,7	16,7
		entre um litro e litro e meio	236	49,8	51,3	68,0
		mais de litro e meio	147	31,0	32,0	100,0
		Total	460	97,0	100,0	
Ausente	não sei / não respondo	14	3,0			
Total			474	100,0		

Tabela 37. Frequência da quantidade água que TEM bebido habitualmente por género

Género			Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Masculino	Válido	menos de meio litro	18	5,8	6,1	6,1
		entre meio litro e um litro	83	26,9	28,1	34,2
		entre um litro e um litro e meio	113	36,6	38,3	72,5
		mais de litro e meio	81	26,2	27,5	100,0
		Total	295	95,5	100,0	
Ausente	não sei / não respondo	14	4,5			
Total			309	100,0		
Feminino	Válido	menos de meio litro	74	15,6	16,8	16,8
		entre meio litro e um litro	196	41,4	44,5	61,4
		entre um litro e um litro e meio	132	27,8	30,0	91,4
		mais de litro e meio	38	8,0	8,6	100,0
		Total	440	92,8	100,0	
Ausente	não sei / não respondo	34	7,2			
Total			474	100,0		

Tabela 38. Frequência da quantidade água que PENSA que deve beber por idade

Idade			Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
12	Válido	entre meio litro e um litro	2	10,5	11,8	11,8
		entre um litro e litro e meio	10	52,6	58,8	70,6
		mais de litro e meio	5	26,3	29,4	100,0
		Total	17	89,5	100,0	
	Ausente	não sei / não respondo	2	10,5		
	Total		19	100,0		
13	Válido	menos de meio litro	1	1,2	1,2	1,2
		entre meio litro e um litro	13	15,7	15,9	17,1
		entre um litro e litro e meio	45	54,2	54,9	72,0
		mais de litro e meio	23	27,7	28,0	100,0
	Total	82	98,8	100,0		
Ausente	não sei / não respondo	1	1,2			
	Total		83	100,0		
14	Válido	menos de meio litro	2	2,0	2,1	2,1
		entre meio litro e um litro	15	15,2	15,5	17,5
		entre um litro e litro e meio	54	54,5	55,7	73,2
		mais de litro e meio	26	26,3	26,8	100,0
	Total	97	98,0	100,0		
Ausente	não sei / não respondo	2	2,0			
	Total		99	100,0		
15	Válido	menos de meio litro	1	,8	,9	,9
		entre meio litro e um litro	11	9,2	9,8	10,7
		entre um litro e litro e meio	59	49,6	52,7	63,4
		mais de litro e meio	41	34,5	36,6	100,0
	Total	112	94,1	100,0		
Ausente	não sei / não respondo	7	5,9			
	Total		119	100,0		
16	Válido	menos de meio litro	4	2,5	2,5	2,5
		entre meio litro e um litro	19	11,8	12,1	14,6
		entre um litro e litro e meio	66	41,0	42,0	56,7
		mais de litro e meio	68	42,2	43,3	100,0
	Total	157	97,5	100,0		
Ausente	não sei / não respondo	4	2,5			
	Total		161	100,0		
17	Válido	menos de meio litro	2	1,5	1,6	1,6
		entre meio litro e um litro	13	9,8	10,2	11,8
		entre um litro e litro e meio	77	58,3	60,6	72,4
		mais de litro e meio	35	26,5	27,6	100,0
	Total	127	96,2	100,0		
Ausente	não sei / não respondo	5	3,8			
	Total		132	100,0		
18	Válido	menos de meio litro	1	1,0	1,0	1,0
		entre meio litro e um litro	16	15,7	15,7	16,7
		entre um litro e litro e meio	38	37,3	37,3	53,9
		mais de litro e meio	47	46,1	46,1	100,0
	Total	102	100,0	100,0		
Ausente	não sei / não respondo					
	Total					
19	Válido	menos de meio litro	2	3,8	3,8	3,8
		entre meio litro e um litro	6	11,3	11,3	15,1
		entre um litro e litro e meio	28	52,8	52,8	67,9

		mais de litro e meio	17	32,1	32,1	100,0
		Total	53	100,0	100,0	
20	Válido	menos de meio litro	2	25,0	25,0	25,0
		entre um litro e litro e meio	6	75,0	75,0	100,0
		Total	8	100,0	100,0	
21	Válido	menos de meio litro	2	28,6	28,6	28,6
		entre um litro e litro e meio	1	14,3	14,3	42,9
		mais de litro e meio	4	57,1	57,1	100,0
		Total	7	100,0	100,0	

Tabela 39. Frequência da quantidade água que TEM bebido habitualmente por idade

Idade			Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
12	Válido	menos de meio litro	2	10,5	11,8	11,8
		entre meio litro e um litro	5	26,3	29,4	41,2
		entre um litro e um litro e meio	6	31,6	35,3	76,5
		mais de litro e meio	4	21,1	23,5	100,0
		Total	17	89,5	100,0	
	Ausente	não sei / não respondo	2	10,5		
	Total		19	100,0		
13	Válido	menos de meio litro	4	4,8	5,1	5,1
		entre meio litro e um litro	32	38,6	41,0	46,2
		entre um litro e um litro e meio	27	32,5	34,6	80,8
		mais de litro e meio	15	18,1	19,2	100,0
		Total	78	94,0	100,0	
	Ausente	não sei / não respondo	5	6,0		
	Total		83	100,0		
14	Válido	menos de meio litro	10	10,1	10,6	10,6
		entre meio litro e um litro	32	32,3	34,0	44,7
		entre um litro e um litro e meio	39	39,4	41,5	86,2
		mais de litro e meio	13	13,1	13,8	100,0
		Total	94	94,9	100,0	
	Ausente	não sei / não respondo	5	5,1		
	Total		99	100,0		
15	Válido	menos de meio litro	11	9,2	10,3	10,3
		entre meio litro e um litro	33	27,7	30,8	41,1
		entre um litro e um litro e meio	40	33,6	37,4	78,5
		mais de litro e meio	23	19,3	21,5	100,0
		Total	107	89,9	100,0	
	Ausente	não sei / não respondo	12	10,1		
	Total		119	100,0		
16	Válido	menos de meio litro	21	13,0	14,2	14,2
		entre meio litro e um litro	57	35,4	38,5	52,7
		entre um litro e um litro e meio	44	27,3	29,7	82,4
		mais de litro e meio	26	16,1	17,6	100,0
		Total	148	91,9	100,0	
	Ausente	não sei / não respondo	13	8,1		
	Total		161	100,0		
17	Válido	menos de meio litro	16	12,1	12,8	12,8
		entre meio litro e um litro	54	40,9	43,2	56,0

		entre um litro e um litro e meio	37	28,0	29,6	85,6
		mais de litro e meio	18	13,6	14,4	100,0
		Total	125	94,7	100,0	
	Ausente	não sei / não respondo	7	5,3		
		Total	132	100,0		
18	Válido	menos de meio litro	16	15,7	16,0	16,0
		entre meio litro e um litro	42	41,2	42,0	58,0
		entre um litro e um litro e meio	32	31,4	32,0	90,0
		mais de litro e meio	10	9,8	10,0	100,0
		Total	100	98,0	100,0	
	Ausente	não sei / não respondo	2	2,0		
		Total	102	100,0		
19	Válido	menos de meio litro	8	15,1	15,1	15,1
		entre meio litro e um litro	17	32,1	32,1	47,2
		entre um litro e um litro e meio	20	37,7	37,7	84,9
		mais de litro e meio	8	15,1	15,1	100,0
		Total	53	100,0	100,0	
20	Válido	menos de meio litro	2	25,0	25,0	25,0
		entre meio litro e um litro	6	75,0	75,0	100,0
		Total	8	100,0	100,0	
21	Válido	menos de meio litro	2	28,6	40,0	40,0
		entre meio litro e um litro	1	14,3	20,0	60,0
		mais de litro e meio	2	28,6	40,0	100,0
		Total	5	71,4	100,0	
	Ausente	não sei / não respondo	2	28,6		
		Total	7	100,0		

Tabela 40. Frequência da quantidade água que PENSA que deve beber por escolaridade

Escolaridade			Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
7º ano	Válido	menos de meio litro	1	1,3	1,3	1,3
		entre meio litro e um litro	11	13,9	14,7	16,0
		entre um litro e litro e meio	38	48,1	50,7	66,7
		mais de litro e meio	25	31,6	33,3	100,0
		Total	75	94,9	100,0	
	Ausente	não sei / não respondo	4	5,1		
		Total	79	100,0		
8º ano	Válido	menos de meio litro	2	1,7	1,7	1,7
		entre meio litro e um litro	16	13,4	13,7	15,4
		entre um litro e litro e meio	67	56,3	57,3	72,6
		mais de litro e meio	32	26,9	27,4	100,0
		Total	117	98,3	100,0	
	Ausente	não sei / não respondo	2	1,7		
		Total	119	100,0		
9º ano	Válido	menos de meio litro	5	4,5	4,7	4,7
		entre meio litro e um litro	11	10,0	10,3	15,0
		entre um litro e litro e meio	52	47,3	48,6	63,6
		mais de litro e meio	39	35,5	36,4	100,0
		Total	107	97,3	100,0	

	Ausente	não sei / não respondo	3	2,7		
	Total		110	100,0		
10º ano	Válido	entre meio litro e um litro	30	13,9	14,4	14,4
		entre um litro e litro e meio	104	48,1	49,8	64,1
		mais de litro e meio	75	34,7	35,9	100,0
	Total		209	96,8	100,0	
	Ausente	não sei / não respondo	7	3,2		
Total		216	100,0			
11º ano	Válido	menos de meio litro	3	1,8	1,8	1,8
		entre meio litro e um litro	15	8,9	9,1	10,9
		entre um litro e litro e meio	80	47,6	48,5	59,4
		mais de litro e meio	67	39,9	40,6	100,0
	Total		165	98,2	100,0	
Ausente	não sei / não respondo	3	1,8			
Total		168	100,0			
12º ano	Válido	menos de meio litro	6	6,6	6,7	6,7
		entre meio litro e um litro	12	13,2	13,5	20,2
		entre um litro e litro e meio	43	47,3	48,3	68,5
		mais de litro e meio	28	30,8	31,5	100,0
	Total		89	97,8	100,0	
Ausente	não sei / não respondo	2	2,2			
Total		91	100,0			

Tabela 41. . Frequência da quantidade água que TEM bebido habitualmente por escolaridade

Escolaridade	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa	
7º ano	Válido	menos de meio litro	7	8,9	9,9
		entre meio litro e um litro	22	27,8	40,8
		entre um litro e um litro e meio	25	31,6	76,1
		mais de litro e meio	17	21,5	100,0
	Total		71	89,9	100,0
Ausente	não sei / não respondo	8	10,1		
Total		79	100,0		
8º ano	Válido	menos de meio litro	9	7,6	8,0
		entre meio litro e um litro	37	31,1	40,7
		entre um litro e um litro e meio	52	43,7	86,7
		mais de litro e meio	15	12,6	100,0
	Total		113	95,0	100,0
Ausente	não sei / não respondo	6	5,0		
Total		119	100,0		
9º ano	Válido	menos de meio litro	15	13,6	15,3
		entre meio litro e um litro	31	28,2	46,9
		entre um litro e um litro e meio	32	29,1	79,6
		mais de litro e meio	20	18,2	100,0
	Total		98	89,1	100,0
Ausente	não sei / não respondo	12	10,9		

	Total		110	100,0		
10º ano	Válido	menos de meio litro	18	8,3	8,8	8,8
		entre meio litro e um litro	84	38,9	41,0	49,8
		entre um litro e um litro e meio	66	30,6	32,2	82,0
		mais de litro e meio	37	17,1	18,0	100,0
		Total	205	94,9	100,0	
	Ausente	não sei / não respondo	11	5,1		
	Total		216	100,0		
11º ano	Válido	menos de meio litro	25	14,9	15,4	15,4
		entre meio litro e um litro	72	42,9	44,4	59,9
		entre um litro e um litro e meio	40	23,8	24,7	84,6
		mais de litro e meio	25	14,9	15,4	100,0
		Total	162	96,4	100,0	
	Ausente	não sei / não respondo	6	3,6		
	Total		168	100,0		
12º ano	Válido	menos de meio litro	18	19,8	20,9	20,9
		entre meio litro e um litro	33	36,3	38,4	59,3
		entre um litro e um litro e meio	30	33,0	34,9	94,2
		mais de litro e meio	5	5,5	5,8	100,0
		Total	86	94,5	100,0	
	Ausente	não sei / não respondo	5	5,5		
	Total		91	100,0		

Tabelas Inferência Estatística

Teste Spearman

Tabela 42. Correlação LS x gênero

			LS Bom ou Mau	Gênero
rô de Spearman	LS Bom ou Mau	Coeficiente de Correlação	1,000	-,027
		Sig. (2 extremidades)	.	,467
		N	742	742
	Gênero	Coeficiente de Correlação	-,027	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,467	.
		N	742	783

Tabela 43. Correlação LS x idade

			LS Bom ou Mau	Idade
rô de Spearman	LS Bom ou Mau	Coeficiente de Correlação	1,000	-,127**
		Sig. (2 extremidades)	.	,001
		N	742	742
	Idade	Coeficiente de Correlação	-,127**	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,001	.
		N	742	783

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Tabela 44. Correlação LS x escolaridade

			LS Bom ou Mau	Escolaridade
rô de Spearman	LS Bom ou Mau	Coeficiente de Correlação	1,000	-,110**
		Sig. (2 extremidades)	.	,003
		N	742	742
	Escolaridade	Coeficiente de Correlação	-,110**	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,003	.
		N	742	783

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Tabela 45. Correlação LS x IMC

			LS Bom ou Mau	IMC percentil
rô de Spearman	LS Bom ou Mau	Coeficiente de Correlação	1,000	,005
		Sig. (2 extremidades)	.	,885
		N	742	742
	IMC percentil	Coeficiente de Correlação	,005	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,885	.
		N	742	783

Tabela 46. Correlação LS x Consumo de vegetais e frutas

			LS Bom ou Mau	29 Consumo 2vegetais e 3frutas
rô de Spearman	LS Bom ou Mau	Coeficiente de Correlação	1,000	-,092*
		Sig. (2 extremidades)	.	,012
		N	742	742
	29 Consumo 2vegetais e 3frutas	Coeficiente de Correlação	-,092*	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,012	.
		N	742	783

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Tabela 47. Correlação LS x Número de refeições

			31 - Por dia comes	LS Bom ou Mau
rô de Spearman	31 - Por dia comes	Coeficiente de Correlação	1,000	,015
		Sig. (2 extremidades)	.	,684
		N	776	735
	LS Bom ou Mau	Coeficiente de Correlação	,015	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,684	.
		N	735	742

Tabela 48. Correlação LS x Ingestão de água

			33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente ?	LS Bom ou Mau
rô de Spearman	33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente?	Coeficiente de Correlação	1,000	,053
		Sig. (2 extremidades)	.	,161
		N	735	698
	LS Bom ou Mau	Coeficiente de Correlação	,053	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,161	.
		N	698	742

Tabela 49. Correlação IMC x gênero

			IMC percentil	Gênero
rô de Spearman	IMC percentil	Coeficiente de Correlação	1,000	-,014
		Sig. (2 extremidades)	.	,689
		N	783	783
	Gênero	Coeficiente de Correlação	-,014	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,689	.
		N	783	783

Tabela 50. Correlação IMC x idade

			IMC percentil	Idade
rô de Spearman	IMC percentil	Coeficiente de Correlação	1,000	-,092*
		Sig. (2 extremidades)	.	,010
		N	783	783
	Idade	Coeficiente de Correlação	-,092*	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,010	.
		N	783	783

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Tabela 51. Correlação IMC x escolaridade

			IMC percentil	Escolaridade
rô de Spearman	IMC percentil	Coeficiente de Correlação	1,000	-,051
		Sig. (2 extremidades)	.	,151
		N	783	783
	Escolaridade	Coeficiente de Correlação	-,051	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,151	.
		N	783	783

Tabela 52. Correlação IMC x consumo de vegetais e frutas

			IMC percentil	29 Consumo 2vegetais e 3frutas
rô de Spearman	IMC percentil	Coeficiente de Correlação	1,000	-,075*
		Sig. (2 extremidades)	.	,037
		N	783	783
	29 Consumo 2vegetais e 3frutas	Coeficiente de Correlação	-,075*	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,037	.
		N	783	783

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Tabela 53. Correlação IMC x número de refeições

			IMC percentil	31 - Por dia comes
rô de Spearman	IMC percentil	Coeficiente de Correlação	1,000	-,079
		Sig. (2 extremidades)	.	,027
		N	783	776
	31 - Por dia comes	Coeficiente de Correlação	-,079	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,027	.
		N	776	776

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Tabela 54. Correlação IMC x ingestão de água

			33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente ?	IMC percentil
rô de Spearman	33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente?	Coeficiente de Correlação	1,000	,061
		Sig. (2 extremidades)	.	,099
		N	735	735
	IMC percentil	Coeficiente de Correlação	,061	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,099	.
		N	735	783

Tabela 55. Correlação Consumo de vegetais e frutas x género

			29_ Consumo 2vegetais e 3frutas	Género
rô de Spearman	29 Consumo 2vegetais e 3frutas	Coeficiente de Correlação	1,000	-,066
		Sig. (2 extremidades)	.	,067
		N	783	783
	Género	Coeficiente de Correlação	-,066	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,067	.
		N	783	783

Tabela 56. Correlação consumo de vegetais e frutas x idade

			29 Consumo 2vegetais e 3frutas	Idade
rô de Spearman	29 Consumo 2vegetais e 3frutas	Coeficiente de Correlação	1,000	,105**
		Sig. (2 extremidades)	.	,003
		N	783	783
	Idade	Coeficiente de Correlação	,105**	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,003	.
		N	783	783

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Tabela 57. Correlação consumo de vegetais e frutas x escolaridade

			29 Consumo 2vegetais e 3frutas	Escolaridade
rô de Spearman	29 Consumo 2vegetais e 3frutas	Coeficiente de Correlação	1,000	,101**
		Sig. (2 extremidades)	.	,005
		N	783	783
	Escolaridade	Coeficiente de Correlação	,101**	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,005	.
		N	783	783

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Tabela 58. Correlação número de refeições x gênero

			31 - Por dia comes	Gênero
rô de Spearman	31 - Por dia comes	Coeficiente de Correlação	1,000	,057
		Sig. (2 extremidades)	.	,115
		N	776	776
	Gênero	Coeficiente de Correlação	,057	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,115	.
		N	776	783

Tabela 59. Correlação número de refeições x idade

			31 - Por dia comes	Idade
rô de Spearman	31 - Por dia comes	Coeficiente de Correlação	1,000	,043
		Sig. (2 extremidades)	.	,233
		N	776	776
	Idade	Coeficiente de Correlação	,043	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,233	.
		N	776	783

Tabela 60. Correlação número de refeições x escolaridade

			31 - Por dia comes	Escolaridade
rô de Spearman	31 - Por dia comes	Coeficiente de Correlação	1,000	,027
		Sig. (2 extremidades)	.	,452
		N	776	776
	Escolaridade	Coeficiente de Correlação	,027	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,452	.
		N	776	783

Tabela 61. Correlação ingestão de água x género

			33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente?	Género
rô de Spearman	33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente?	Coeficiente de Correlação	1,000	-,305**
		Sig. (2 extremidades)	.	,000
		N	735	735
	Género	Coeficiente de Correlação	-,305**	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,000	.
		N	735	783

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Tabela 62. Correlação ingestão de água x idade

			33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente?	Idade
rô de Spearman	33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente?	Coeficiente de Correlação	1,000	-,116**
		Sig. (2 extremidades)	.	,002
		N	735	735
	Idade	Coeficiente de Correlação	-,116**	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,002	.
		N	735	783

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Tabela 63. Correlação Ingestão de água x escolaridade

			33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente ?	Escolaridade
rô de Spearman	33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente?	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades) N	1,000 . 735	-,148** ,000 735
	Escolaridade	Coeficiente de Correlação Sig. (2 extremidades) N	-,148** ,000 735	1,000 . 783

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Teste do Qui-quadrado

Tabela 64. Tabulação cruzada LS x género

			LS Bom ou Mau		Total
			LS inadequado e problemático	LS suficiente e excelente	
Gênero	Masculino	Contagem	97	193	290
		% em gênero	33,4%	66,6%	100,0%
		% em LS alto ou baixo	37,3%	40,0%	39,1%
		% do Total	13,1%	26,0%	39,1%
Feminino	Feminino	Contagem	163	289	452
		% em gênero	36,1%	63,9%	100,0%
		% em LS alto ou baixo	62,7%	60,0%	60,9%
		% do Total	22,0%	38,9%	60,9%
Total	Total	Contagem	260	482	742
		% em gênero	35,0%	65,0%	100,0%
		% em LS alto ou baixo	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	35,0%	65,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	,530 ^a	1	,467	,479	,258
Correção de continuidade ^b	,422	1	,516		
Razão de verossimilhança	,532	1	,466		
Teste Exato de Fisher					
Associação Linear por Linear	,529	1	,467		
N de Casos Válidos	742				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 101,62.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Gênero * LS Bom ou Mau	742	94,8%	41	5,2%	783	100,0%

Tabela 65. Tabulação cruzada LS x idade

			LS Alto e baixo		Total
			LS Baixo: inadequado e problemático	LS Alto: suficiente e excelente	
Idade	12	Contagem	4	14	18
		% em idade	22,2%	77,8%	100,0%
		% em LS Alto e baixo	1,5%	2,9%	2,4%
	13	Contagem	18	61	79
		% em idade	22,8%	77,2%	100,0%
		% em LS Alto e baixo	6,9%	12,7%	10,6%
	14	Contagem	30	60	90
		% em idade	33,3%	66,7%	100,0%
		% em LS Alto e baixo	11,5%	12,4%	12,1%
	15	Contagem	38	76	114
		% em idade	33,3%	66,7%	100,0%
		% em LS Bom ou mau	14,6%	15,8%	15,4%
	16	Contagem	52	104	156
		% em idade	33,3%	66,7%	100,0%
		% em LS Alto e baixo	20,0%	21,6%	21,0%
	17	Contagem	46	80	126
		% em idade	36,5%	63,5%	100,0%
		% em LS Bom ou mau	17,7%	16,6%	17,0%
	18	Contagem	44	50	94
		% em idade	46,8%	53,2%	100,0%
		% em LS Alto e baixo	16,9%	10,4%	12,7%
	19	Contagem	17	33	50
		% em idade	34,0%	66,0%	100,0%
		% em LS Alto e baixo	6,5%	6,8%	6,7%
	20	Contagem	4	4	8
		% em idade	50,0%	50,0%	100,0%
		% em LS Alto e baixo	1,5%	0,8%	1,1%
	21	Contagem	7	0	7
		% em idade	100,0%	0,0%	100,0%
		% em LS Alto e baixo	2,7%	0,0%	0,9%
Total		Contagem	260	482	742
		% em idade	35,0%	65,0%	100,0%
		% em LS Alto e baixo	100,0%	100,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	26,599 ^a	9	,002
Razão de verossimilhança	28,523	9	,001
Associação Linear por Linear	14,014	1	,000
N de Casos Válidos	742		

a. 3 células (15,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 2,45.

Tabela 66. Tabulação cruzada LS x escolaridade

			LS Bom ou mau		Total
			LS inadequado e problemático	LS suficiente e excelente	
Escolaridade	7º ano	Contagem	21	56	77
		% em Escolaridade	27,3%	72,7%	100,0%
		% em LS Bom ou mau	8,1%	11,6%	10,4%
	8º ano	Contagem	28	80	108
		% em Escolaridade	25,9%	74,1%	100,0%
		% em LS Bom ou mau	10,8%	16,6%	14,6%
	9º ano	Contagem	43	61	104
		% em Escolaridade	41,3%	58,7%	100,0%
		% em LS Bom ou mau	16,5%	12,7%	14,0%
	10º ano	Contagem	62	149	211
		% em Escolaridade	29,4%	70,6%	100,0%
		% em LS Bom ou mau	23,8%	30,9%	28,4%
	11º ano	Contagem	72	86	158
		% em Escolaridade	45,6%	54,4%	100,0%
		% em LS Bom ou mau	27,7%	17,8%	21,3%
	12º ano	Contagem	34	50	84
		% em Escolaridade	40,5%	59,5%	100,0%
		% em LS Bom ou mau	13,1%	10,4%	11,3%
Total	Contagem	260	482	742	
	% em Escolaridade	35,0%	65,0%	100,0%	
	% em LS Bom ou mau	100,0%	100,0%	100,0%	

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	19,551 ^a	5	,002
Razão de verossimilhança	19,571	5	,002
Associação Linear por Linear	8,566	1	,003
N de Casos Válidos	742		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 26,98.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
Escolaridade * LS Bom ou mau	742	94,8%	41	5,2%	783	100,0%

Tabela 67. Tabulação cruzada Consumo de vegetais e frutas x gênero

			Gênero		Total
			Masculino	Feminino	
29_ Consumo 2 vegetais e 3 frutas	Sempre	Contagem	72	132	204
		% em 29_ Quest	35,3%	64,7%	100,0%
		% em gênero	23,3%	27,8%	26,1%
	Quase sempre	Contagem	106	162	268
		% em 29_ Quest	39,6%	60,4%	100,0%
		% em gênero	34,3%	34,2%	34,2%
	Às vezes	Contagem	101	154	255
		% em 29_ Quest	39,6%	60,4%	100,0%
		% em gênero	32,7%	32,5%	32,6%
	Nunca	Contagem	30	26	56
		% em 29_ Quest	53,6%	46,4%	100,0%
		% em gênero	9,7%	5,5%	7,2%
Total	Contagem	309	474	783	
	% em 29_ Quest	39,5%	60,5%	100,0%	
	% em gênero	100,0%	100,0%	100,0%	

Testes qui-quadrado

	Valor	Df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	6,153 ^a	3	,104
Razão de verossimilhança	6,049	3	,109
Associação Linear por Linear	3,921	1	,048
N de Casos Válidos	783		

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 22,10.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
29_ Consumo 2 vegetais e 3 frutas * Gênero	783	100,0%	0	0,0%	783	100,0%

Tabela 68. Tabulação cruzada Consumo de vegetais e frutas x idade

			29_ Consumo 2 vegetais e 3 frutas				Total
			Sempre	Quase sempre	Às vezes	Nunca	
Idade 12	Contagem		7	7	3	2	19
	% Idade		36,8%	36,8%	15,8%	10,5%	100,0%
	% em 29_ Quest		3,4%	2,6%	1,2%	3,6%	2,4%
	% do Total		0,9%	0,9%	0,4%	0,3%	2,4%
13	Contagem		24	37	19	3	83
	% Idade		28,9%	44,6%	22,9%	3,6%	100,0%
	% em 29_ Quest		11,8%	13,8%	7,5%	5,4%	10,6%
	% do Total		3,1%	4,7%	2,4%	0,4%	10,6%
14	Contagem		23	40	27	9	99
	% Idade		23,2%	40,4%	27,3%	9,1%	100,0%
	% em 29_ Quest		11,3%	14,9%	10,6%	16,1%	12,6%
	% do Total		2,9%	5,1%	3,4%	1,1%	12,6%
15	Contagem		32	46	32	9	119
	% Idade		26,9%	38,7%	26,9%	7,6%	100,0%
	% em 29_ Quest		15,7%	17,2%	12,5%	16,1%	15,2%
	% do Total		4,1%	5,9%	4,1%	1,1%	15,2%
16	Contagem		45	52	58	6	161
	% Idade		28,0%	32,3%	36,0%	3,7%	100,0%
	% em 29_ Quest		22,1%	19,4%	22,7%	10,7%	20,6%
	% do Total		5,7%	6,6%	7,4%	0,8%	20,6%
17	Contagem		35	37	49	11	132
	% Idade		26,5%	28,0%	37,1%	8,3%	100,0%
	% em 29_ Quest		17,2%	13,8%	19,2%	19,6%	16,9%
	% do Total		4,5%	4,7%	6,3%	1,4%	16,9%
18	Contagem		23	24	44	11	102
	% Idade		22,5%	23,5%	43,1%	10,8%	100,0%
	% em 29_ Quest		11,3%	9,0%	17,3%	19,6%	13,0%
	% do Total		2,9%	3,1%	5,6%	1,4%	13,0%
19	Contagem		14	17	17	5	53
	% Idade		26,4%	32,1%	32,1%	9,4%	100,0%
	% em 29_ Quest		6,9%	6,3%	6,7%	8,9%	6,8%
	% do Total		1,8%	2,2%	2,2%	0,6%	6,8%
20	Contagem		0	4	4	0	8
	% Idade		0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	% em 29_ Quest		0,0%	1,5%	1,6%	0,0%	1,0%
	% do Total		0,0%	0,5%	0,5%	0,0%	1,0%
21	Contagem		1	4	2	0	7
	% Idade		14,3%	57,1%	28,6%	0,0%	100,0%
	% em 29_ Quest		0,5%	1,5%	0,8%	0,0%	0,9%
	% do Total		0,1%	0,5%	0,3%	0,0%	0,9%
Total	Contagem		204	268	255	56	783
	% Idade		26,1%	34,2%	32,6%	7,2%	100,0%
	% em 29_ Quest		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total		26,1%	34,2%	32,6%	7,2%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	36,148 ^a	27	,112
Razão de verossimilhança	40,067	27	,050
Associação Linear por Linear	7,479	1	,006
N de Casos Válidos	783		

a. 11 células (27,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,50.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
Idade * 29_ Consumo 2 vegetais e 3 frutas	783	100,0%	0	0,0%	783	100,0%

Tabela 69. Tabulação cruzada consumo de vegetais e frutas x escolaridade

			Escolaridade						Total
			7º ano	8º ano	9º ano	10º ano	11º ano	12º ano	
29_Consumo 2 vegetais e 3 frutas	Sempre	Contagem	21	39	22	61	48	13	204
		% 2v3f	10,3%	19,1%	10,8%	29,9%	23,5%	6,4%	100,0%
		% Escolaridade	26,6%	32,8%	20,0%	28,2%	28,6%	14,3%	26,1%
	Quase sempre	Contagem	33	48	38	72	46	31	268
		% 2v3f	12,3%	17,9%	14,2%	26,9%	17,2%	11,6%	100,0%
		% Escolaridade	41,8%	40,3%	34,5%	33,3%	27,4%	34,1%	34,2%
	Às vezes	Contagem	17	27	41	69	64	37	255
		% 2v3f	6,7%	10,6%	16,1%	27,1%	25,1%	14,5%	100,0%
		% Escolaridade	21,5%	22,7%	37,3%	31,9%	38,1%	40,7%	32,6%
	Nunca	Contagem	8	5	9	14	10	10	56
		% 2v3f	14,3%	8,9%	16,1%	25,0%	17,9%	17,9%	100,0%
		% Escolaridade	10,1%	4,2%	8,2%	6,5%	6,0%	11,0%	7,2%
Total	Contagem	79	119	110	216	168	91	783	
	% 2v3f	10,1%	15,2%	14,0%	27,6%	21,5%	11,6%	100,0%	
	% Escolaridade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	29,869 ^a	15	,012
Razão de verossimilhança	31,271	15	,008
Associação Linear por Linear	7,399	1	,007
N de Casos Válidos	783		

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 5,65.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
29 Consumo 2v3f *Escolaridade	783	100,0%	0	0,0%	783	100,0%

Tabela 70. Tabulação cruzada Número de refeições x gênero

			Gênero		Total
			Masculino	Feminino	
31 - Por dia comes	2 x	Contagem	8	9	17
		% em 31 - Por dia comes	47,1%	52,9%	100,0%
		% em Gênero	2,6%	1,9%	2,2%
	3 x	Contagem	39	57	96
		% em 31 - Por dia comes	40,6%	59,4%	100,0%
		% em Gênero	12,7%	12,1%	12,4%
	4 x	Contagem	116	156	272
		% em 31 - Por dia comes	42,6%	57,4%	100,0%
		% em Gênero	37,9%	33,2%	35,1%
	5 x	Contagem	89	149	238
		% em 31 - Por dia comes	37,4%	62,6%	100,0%
		% em Gênero	29,1%	31,7%	30,7%
	6 x	Contagem	37	67	104
		% em 31 - Por dia comes	35,6%	64,4%	100,0%
		% em Gênero	12,1%	14,3%	13,4%
	7 x ou mais	Contagem	17	32	49
		% em 31 - Por dia comes	34,7%	65,3%	100,0%
		% em Gênero	5,6%	6,8%	6,3%
Total	Contagem	306	470	776	
	% em 31 - Por dia comes	39,4%	60,6%	100,0%	
	% em Gênero	100,0%	100,0%	100,0%	

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	3,170 ^a	5	,674
Razão de verossimilhança	3,170	5	,674
Associação Linear por Linear	2,365	1	,124
N de Casos Válidos	776		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 6,70.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
31 - Por dia comes * Gênero	776	99,1%	7	0,9%	783	100,0%

Tabela 71. Tabulação cruzada Número de refeições x idade

			Idade									Total	
			12	13	14	15	16	17	18	19	20		21
31 - Por dia comes	2 x	Contagem	0	2	3	3	2	1	4	0	2	0	17
		% em 31 - Por dia comes	0,0%	11,8%	17,6%	17,6%	11,8%	5,9%	23,5%	0,0%	11,8%	0,0%	100,0%
		% em Idade	0,0%	2,4%	3,0%	2,5%	1,3%	0,8%	3,9%	0,0%	25,0%	0,0%	2,2%
	3 x	Contagem	3	8	7	17	21	14	11	15	0	0	96

	% em 31 - Por dia comes	3,1%	8,3%	7,3%	17,7%	21,9%	14,6%	11,5%	15,6%	0,0%	0,0%	100,0%
	% em Idade	15,8%	9,6%	7,1%	14,4%	13,3%	10,9%	10,8%	28,3%	0,0%	0,0%	12,4%
4 x	Contagem	6	29	42	48	54	44	29	16	4	0	272
	% em 31 - Por dia comes	2,2%	10,7%	15,4%	17,6%	19,9%	16,2%	10,7%	5,9%	1,5%	0,0%	100,0%
	% em Idade	31,6%	34,9%	42,4%	40,7%	34,2%	34,1%	28,4%	30,2%	50,0%	0,0%	35,1%
5 x	Contagem	7	33	36	27	53	34	31	15	0	2	238
	% em 31 - Por dia comes	2,9%	13,9%	15,1%	11,3%	22,3%	14,3%	13,0%	6,3%	0,0%	0,8%	100,0%
	% em Idade	36,8%	39,8%	36,4%	22,9%	33,5%	26,4%	30,4%	28,3%	0,0%	28,6%	30,7%
6 x	Contagem	3	8	11	19	21	23	10	4	2	3	104
	% em 31 - Por dia comes	2,9%	7,7%	10,6%	18,3%	20,2%	22,1%	9,6%	3,8%	1,9%	2,9%	100,0%
	% em Idade	15,8%	9,6%	11,1%	16,1%	13,3%	17,8%	9,8%	7,5%	25,0%	42,9%	13,4%
7 x ou mais	Contagem	0	3	0	4	7	13	17	3	0	2	49
	% em 31 - Por dia comes	0,0%	6,1%	0,0%	8,2%	14,3%	26,5%	34,7%	6,1%	0,0%	4,1%	100,0%
	% em Idade	0,0%	3,6%	0,0%	3,4%	4,4%	10,1%	16,7%	5,7%	0,0%	28,6%	6,3%
Total	Contagem	19	83	99	118	158	129	102	53	8	7	776
	% em 31 - Por dia comes	2,4%	10,7%	12,8%	15,2%	20,4%	16,6%	13,1%	6,8%	1,0%	0,9%	100,0%
	% em Idade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	106,570 ^a	45	,000
Razão de verossimilhança	98,280	45	,000
Associação Linear por Linear	3,752	1	,053
N de Casos Válidos	776		

a. 24 células (40,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,15.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
31 - Por dia comes * Idade	776	99,1%	7	0,9%	783	100,0%

Tabela 72. Tabulação cruzada Número de refeições por escolaridade

			Escolaridade						Total
			7º ano	8º ano	9º ano	10º ano	11º ano	12º ano	
31 - Por dia comes	2 x	Contagem	2	3	5	4	1	2	17
		% em 31 - Por dia comes	11,8%	17,6%	29,4%	23,5%	5,9%	11,8%	100,0%
		% em Escolaridade	2,5%	2,5%	4,6%	1,9%	0,6%	2,2%	2,2%
	3 x	Contagem	11	9	11	28	14	23	96
		% em 31 - Por dia comes	11,5%	9,4%	11,5%	29,2%	14,6%	24,0%	100,0%
		% em Escolaridade	13,9%	7,6%	10,1%	13,2%	8,4%	25,3%	12,4%
	4 x	Contagem	27	47	39	79	56	24	272
		% em 31 - Por dia comes	9,9%	17,3%	14,3%	29,0%	20,6%	8,8%	100,0%
		% em Escolaridade	34,2%	39,5%	35,8%	37,3%	33,7%	26,4%	35,1%
	5 x	Contagem	26	45	32	61	51	23	238
		% em 31 - Por dia comes	10,9%	18,9%	13,4%	25,6%	21,4%	9,7%	100,0%
		% em Escolaridade	32,9%	37,8%	29,4%	28,8%	30,7%	25,3%	30,7%
	6 x	Contagem	10	11	17	33	23	10	104
		% em 31 - Por dia comes	9,6%	10,6%	16,3%	31,7%	22,1%	9,6%	100,0%
		% em Escolaridade	12,7%	9,2%	15,6%	15,6%	13,9%	11,0%	13,4%
	7 x ou mais	Contagem	3	4	5	7	21	9	49
		% em 31 - Por dia comes	6,1%	8,2%	10,2%	14,3%	42,9%	18,4%	100,0%
		% em Escolaridade	3,8%	3,4%	4,6%	3,3%	12,7%	9,9%	6,3%
Total		Contagem	79	119	109	212	166	91	776
		% em 31 - Por dia comes	10,2%	15,3%	14,0%	27,3%	21,4%	11,7%	100,0%
		% em Escolaridade	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	50,080 ^a	25	,002
Razão de verossimilhança	46,680	25	,005
Associação Linear por Linear	1,773	1	,183
N de Casos Válidos	776		

a. 7 células (19,4%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,73.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
31 - Por dia comes * Escolaridade	776	99,1%	7	0,9%	783	100,0%

Tabela 73. Tabulação cruzada Ingestão de água x gênero

			Gênero		Total
			Masculino	Feminino	
33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente?	menos de meio litro	Contagem	18	74	92
		% água que tens bebido	19,6%	80,4%	100,0%
		% Gênero	6,1%	16,8%	12,5%
		% do Total	2,4%	10,1%	12,5%
	entre meio litro e um litro	Contagem	83	196	279
		% água que tens bebido	29,7%	70,3%	100,0%
		% Gênero	28,1%	44,5%	38,0%
		% do Total	11,3%	26,7%	38,0%
	entre um litro e um litro e meio	Contagem	113	132	245
		% água que tens bebido	46,1%	53,9%	100,0%
		% Gênero	38,3%	30,0%	33,3%
		% do Total	15,4%	18,0%	33,3%
mais de litro e meio	Contagem	81	38	119	
	% em 33 - Ao longo do água que tens bebido	68,1%	31,9%	100,0%	
	% Gênero	27,5%	8,6%	16,2%	
	% do Total	11,0%	5,2%	16,2%	
Total	Contagem	295	440	735	
	% água que tens bebido	40,1%	59,9%	100,0%	
	% Gênero	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	40,1%	59,9%	100,0%	

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	71,024 ^a	3	,000
Razão de verossimilhança	72,269	3	,000
Associação Linear por Linear	68,793	1	,000
N de Casos Válidos	735		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 36,93.

Tabela 74. Tabulação cruzada Ingestão de água x idade

			33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente?				Total
			menos de meio litro	entre meio litro e um litro	entre um litro e um litro e meio	mais de litro e meio	
Idade 12	Contagem	2	5	6	4	17	
	% Idade	11,8%	29,4%	35,3%	23,5%	100,0%	
	% água que tens bebido habitualmente?	2,2%	1,8%	2,4%	3,4%	2,3%	
	% do Total	0,3%	0,7%	0,8%	0,5%	2,3%	
13	Contagem	4	32	27	15	78	
	% Idade	5,1%	41,0%	34,6%	19,2%	100,0%	
	% água que tens bebido habitualmente?	4,3%	11,5%	11,0%	12,6%	10,6%	
	% do Total	0,5%	4,4%	3,7%	2,0%	10,6%	
14	Contagem	10	32	39	13	94	
	% Idade	10,6%	34,0%	41,5%	13,8%	100,0%	
	% água que tens bebido habitualmente?	10,9%	11,5%	15,9%	10,9%	12,8%	
	% do Total	1,4%	4,4%	5,3%	1,8%	12,8%	
15	Contagem	11	33	40	23	107	
	% Idade	10,3%	30,8%	37,4%	21,5%	100,0%	
	% água que tens bebido habitualmente?	12,0%	11,8%	16,3%	19,3%	14,6%	
	% do Total	1,5%	4,5%	5,4%	3,1%	14,6%	
16	Contagem	21	57	44	26	148	
	% Idade	14,2%	38,5%	29,7%	17,6%	100,0%	
	% água que tens bebido habitualmente?	22,8%	20,4%	18,0%	21,8%	20,1%	
	% do Total	2,9%	7,8%	6,0%	3,5%	20,1%	
17	Contagem	16	54	37	18	125	
	% Idade	12,8%	43,2%	29,6%	14,4%	100,0%	
	% água que tens bebido habitualmente?	17,4%	19,4%	15,1%	15,1%	17,0%	
	% do Total	2,2%	7,3%	5,0%	2,4%	17,0%	
18	Contagem	16	42	32	10	100	
	% Idade	16,0%	42,0%	32,0%	10,0%	100,0%	
	% água que tens bebido habitualmente?	17,4%	15,1%	13,1%	8,4%	13,6%	
	% do Total	2,2%	5,7%	4,4%	1,4%	13,6%	
19	Contagem	8	17	20	8	53	
	% Idade	15,1%	32,1%	37,7%	15,1%	100,0%	
	% água que tens bebido habitualmente?	8,7%	6,1%	8,2%	6,7%	7,2%	
	% do Total	1,1%	2,3%	2,7%	1,1%	7,2%	
20	Contagem	2	6	0	0	8	
	% Idade	25,0%	75,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	% água que tens bebido habitualmente?	2,2%	2,2%	0,0%	0,0%	1,1%	
	% do Total						

	% do Total	0,3%	0,8%	0,0%	0,0%	1,1%
21	Contagem	2	1	0	2	5
	% Idade	40,0%	20,0%	0,0%	40,0%	100,0%
	% água que tens bebido habitualmente?	2,2%	0,4%	0,0%	1,7%	0,7%
	% do Total	0,3%	0,1%	0,0%	0,3%	0,7%
Total	Contagem	92	279	245	119	735
	% Idade	12,5%	38,0%	33,3%	16,2%	100,0%
	% água que tens bebido habitualmente?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% do Total	12,5%	38,0%	33,3%	16,2%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	34,501 ^a	27	,152
Razão de verossimilhança	38,744	27	,067
Associação Linear por Linear	9,710	1	,002
N de Casos Válidos	735		

a. 10 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,63.

Tabela 75. Tabulação cruzada Ingestão de água x escolaridade

			33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente?				Total
			menos de meio litro	entre meio litro e um litro	entre um litro e um litro e meio	mais de litro e meio	
Escolaridade	7ºano	Contagem	7	22	25	17	71
		% Escolaridade	9,9%	31,0%	35,2%	23,9%	100,0%
		% de água que tens bebido habitualmente?	7,6%	7,9%	10,2%	14,3%	9,7%
		% do Total	1,0%	3,0%	3,4%	2,3%	9,7%
	8ºano	Contagem	9	37	52	15	113
		% Escolaridade	8,0%	32,7%	46,0%	13,3%	100,0%
		% de água que tens bebido habitualmente?	9,8%	13,3%	21,2%	12,6%	15,4%
		% do Total	1,2%	5,0%	7,1%	2,0%	15,4%
	9ºano	Contagem	15	31	32	20	98
		% Escolaridade	15,3%	31,6%	32,7%	20,4%	100,0%
		% de água que tens bebido habitualmente?	16,3%	11,1%	13,1%	16,8%	13,3%
		% do Total	2,0%	4,2%	4,4%	2,7%	13,3%
	10ºano	Contagem	18	84	66	37	205
		% Escolaridade	8,8%	41,0%	32,2%	18,0%	100,0%
		% de água que tens bebido habitualmente?	19,6%	30,1%	26,9%	31,1%	27,9%
		% do Total	2,4%	11,4%	9,0%	5,0%	27,9%
	11ºano	Contagem	25	72	40	25	162
		% Escolaridade	15,4%	44,4%	24,7%	15,4%	100,0%
		% de água que tens bebido habitualmente?	27,2%	25,8%	16,3%	21,0%	22,0%
		% do Total	3,4%	9,8%	5,4%	3,4%	22,0%
	12ºano	Contagem	18	33	30	5	86
		% Escolaridade	20,9%	38,4%	34,9%	5,8%	100,0%
		% de água que tens bebido habitualmente?	19,6%	11,8%	12,2%	4,2%	11,7%
		% do Total	2,4%	4,5%	4,1%	0,7%	11,7%
Total		Contagem	92	279	245	119	735
		% Escolaridade	12,5%	38,0%	33,3%	16,2%	100,0%
		% de água que tens bebido habitualmente?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% do Total	12,5%	38,0%	33,3%	16,2%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	36,008 ^a	15	,002
Razão de verossimilhança	36,965	15	,001
Associação Linear por Linear	14,928	1	,000
N de Casos Válidos	735		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 8,89.

Tabela 76.Tabulação cruzada IMC x gênero

			Gênero		Total
			Masculino	Feminino	
IMC percentil	Baixo peso	Contagem	57	82	139
		% em IMC percentil	41,0%	59,0%	100,0%
		% em Gênero	18,4%	17,3%	17,8%
	Normal	Contagem	202	329	531
		% em IMC percentil	38,0%	62,0%	100,0%
		% em Gênero	65,4%	69,4%	67,8%
	Excesso de peso	Contagem	50	63	113
		% em IMC percentil	44,2%	55,8%	100,0%
		% em Gênero	16,2%	13,3%	14,4%
Total		Contagem	309	474	783
		% em IMC percentil	39,5%	60,5%	100,0%
		% em Gênero	100,0%	100,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	1,671 ^a	2	,434
Razão de verossimilhança	1,659	2	,436
Associação Linear por Linear	,177	1	,674
N de Casos Válidos	783		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 44,59.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
IMC percentil *	783	100,0%	0	0,0%	783	100,0%
Gênero						

Tabela 77. Tabulação cruzada IMC x idade

			IMC percentil			Total
			Baixo peso	Normal	Excesso de peso	
Idade	12	Contagem	2	7	10	19
		% em Idade	10,5%	36,8%	52,6%	100,0%
		% em IMC percentil	1,4%	1,3%	8,8%	2,4%
	13	Contagem	14	52	17	83
		% em Idade	16,9%	62,7%	20,5%	100,0%
		% em IMC percentil	10,1%	9,8%	15,0%	10,6%
	14	Contagem	14	69	16	99
		% em Idade	14,1%	69,7%	16,2%	100,0%
		% em IMC percentil	10,1%	13,0%	14,2%	12,6%
	15	Contagem	24	73	22	119
		% em Idade	20,2%	61,3%	18,5%	100,0%
		% em IMC percentil	17,3%	13,7%	19,5%	15,2%
	16	Contagem	35	108	18	161
		% em Idade	21,7%	67,1%	11,2%	100,0%
		% em IMC percentil	25,2%	20,3%	15,9%	20,6%
	17	Contagem	18	101	13	132
		% em Idade	13,6%	76,5%	9,8%	100,0%
		% em IMC percentil	12,9%	19,0%	11,5%	16,9%
	18	Contagem	23	70	9	102
		% em Idade	22,5%	68,6%	8,8%	100,0%
		% em IMC percentil	16,5%	13,2%	8,0%	13,0%
	19	Contagem	9	40	4	53
		% em Idade	17,0%	75,5%	7,5%	100,0%
		% em IMC percentil	6,5%	7,5%	3,5%	6,8%
	20	Contagem	0	4	4	8
		% em Idade	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
		% em IMC percentil	0,0%	0,8%	3,5%	1,0%
	21	Contagem	0	7	0	7
		% em Idade	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% em IMC percentil	0,0%	1,3%	0,0%	0,9%
Total		Contagem	139	531	113	783
		% em Idade	17,8%	67,8%	14,4%	100,0%
		% em IMC percentil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	53,582 ^a	18	,000
Razão de verossimilhança	47,795	18	,000
Associação Linear por Linear	6,525	1	,011
N de Casos Válidos	783		

a. 7 células (23,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,01.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
Idade * IMC percentil	783	100,0%	0	0,0%	783	100,0%

Tabela 78. Tabulação cruzada IMC x escolaridade

			IMC percentil			Total
			Baixo peso	Normal	Excesso de peso	
Escolaridade	7º ano	Contagem	14	44	21	79
		% em Escolaridade	17,7%	55,7%	26,6%	100,0%
		% em IMC percentil	10,1%	8,3%	18,6%	10,1%
	8º ano	Contagem	19	80	20	119
		% em Escolaridade	16,0%	67,2%	16,8%	100,0%
		% em IMC percentil	13,7%	15,1%	17,7%	15,2%
	9º ano	Contagem	22	69	19	110
		% em Escolaridade	20,0%	62,7%	17,3%	100,0%
		% em IMC percentil	15,8%	13,0%	16,8%	14,0%
	10º ano	Contagem	43	147	26	216
		% em Escolaridade	19,9%	68,1%	12,0%	100,0%
		% em IMC percentil	30,9%	27,7%	23,0%	27,6%
	11º ano	Contagem	33	120	15	168
		% em Escolaridade	19,6%	71,4%	8,9%	100,0%
		% em IMC percentil	23,7%	22,6%	13,3%	21,5%
	12º ano	Contagem	8	71	12	91
		% em Escolaridade	8,8%	78,0%	13,2%	100,0%
		% em IMC percentil	5,8%	13,4%	10,6%	11,6%
Total		Contagem	139	531	113	783
		% em Escolaridade	17,8%	67,8%	14,4%	100,0%
		% em IMC percentil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	23,050 ^a	10	,011
Razão de verossimilhança	22,942	10	,011
Associação Linear por Linear	2,531	1	,112
N de Casos Válidos	783		

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 11,40.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
Escolaridade * IMC percentil	783	100,0%	0	0,0%	783	100,0%

Tabela 79. Tabulação cruzada Consumo de vegetais e frutas x LS

			LS Alto e baixo		Total
			LS inadequado e problemático	LS suficiente e excelente	
29_Consumo de 2 vegetais e 3 frutas	Sempre	Contagem	57	139	196
		% em 29_Quest	29,1%	70,9%	100,0%
		% LS Alto e baixo	21,9%	28,8%	26,4%
	Quase sempre	Contagem	82	166	248
		% em 29_Quest	33,1%	66,9%	100,0%
		% LS Alto e baixo	31,5%	34,4%	33,4%
	Às vezes	Contagem	103	143	246
		% em 29_Quest	41,9%	58,1%	100,0%
		% LS Alto e baixo	39,6%	29,7%	33,2%
	Nunca	Contagem	18	34	52
		% em 29_Quest	34,6%	65,4%	100,0%
		% LS Alto e baixo	6,9%	7,1%	7,0%
Total		Contagem	260	482	742
		% em 29_Quest	35,0%	65,0%	100,0%
		% LS Alto e baixo	100,0%	100,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	8,528 ^a	3	,036
Razão de verossimilhança	8,495	3	,037
Associação Linear por Linear	5,580	1	,018
N de Casos Válidos	742		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 18,22.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
29_Consumo de 2 vegetais e 3 frutas * LS Alto e baixo	742	94,8%	41	5,2%	783	100,0%

Tabela 80. Tabulação cruzada Número de refeições x LS

			LS Bom ou mau		Total
			LS inadequado e problemático	LS suficiente e excelente	
31 - Por dia comes	2 x	Contagem	8	8	16
		% em 31 - Por dia comes	50,0%	50,0%	100,0%
		% em LS Bom ou mau	3,1%	1,7%	2,2%
3 x		Contagem	29	61	90
		% em 31 - Por dia comes	32,2%	67,8%	100,0%
		% em LS Bom ou mau	11,3%	12,8%	12,2%
4 x		Contagem	87	166	253
		% em 31 - Por dia comes	34,4%	65,6%	100,0%
		% em LS Bom ou mau	33,9%	34,7%	34,4%
5 x		Contagem	89	141	230
		% em 31 - Por dia comes	38,7%	61,3%	100,0%
		% em LS Bom ou mau	34,6%	29,5%	31,3%
6 x		Contagem	28	73	101
		% em 31 - Por dia comes	27,7%	72,3%	100,0%
		% em LS Bom ou mau	10,9%	15,3%	13,7%
7 x ou mais		Contagem	16	29	45
		% em 31 - Por dia comes	35,6%	64,4%	100,0%
		% em LS Bom ou mau	6,2%	6,1%	6,1%
Total		Contagem	257	478	735
		% em 31 - Por dia comes	35,0%	65,0%	100,0%
		% em LS Bom ou mau	100,0%	100,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	5,670 ^a	5	,340
Razão de verossimilhança	5,667	5	,340
Associação Linear por Linear	,275	1	,600
N de Casos Válidos	735		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 5,59.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
31 - Por dia comes * LS Bom ou mau	735	93,9%	48	6,1%	783	100,0%

Tabela 81. Tabulação cruzada Ingestão de água x LS

			LS Bom ou mau		Total
			LS inadequado e problemático	LS suficiente e excelente	
33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente?	Menos de meio litro	Contagem	38	48	86
		% em 33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente?	44,2%	55,8%	100,0%
		% em LS Bom ou mau	15,6%	10,5%	12,3%
	Entre meio litro e um litro	Contagem	92	175	267
		% em 33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente?	34,5%	65,5%	100,0%
		% em LS Bom ou mau	37,9%	38,5%	38,3%
	Entre um litro e litro e meio	Contagem	76	160	236
		% em 33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente?	32,2%	67,8%	100,0%
		% em LS Bom ou mau	31,3%	35,2%	33,8%
	Mais de litro e meio	Contagem	37	72	109
		% em 33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente?	33,9%	66,1%	100,0%
		% em LS Bom ou mau	15,2%	15,8%	15,6%
Total	Contagem	243	455	698	
	% em 33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente?	34,8%	65,2%	100,0%	
	% em LS Bom ou mau	100,0%	100,0%	100,0%	

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	4,089 ^a	3	,252
Razão de verossimilhança	3,985	3	,263
Associação Linear por Linear	2,026	1	,155
N de Casos Válidos	698		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 29,94.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente? * LS Bom ou mau	698	89,1%	85	10,9%	783	100,0%

Tabela 82. Tabulação cruzada IMC x consumo de vegetais e frutas

			29_Quest				Total	
			Sempre	Quase sempre	Às vezes	Nunca		
IMC percentil	Baixo peso	Contagem	30	44	48	17	139	
		% em IMC percentil	21,6%	31,7%	34,5%	12,2%		100,0%
		% em 29_Quest	14,7%	16,4%	18,8%	30,4%		
	Normal	Contagem	148	172	179	32	531	
		% em IMC percentil	27,9%	32,4%	33,7%	6,0%		100,0%
		% em 29_Quest	72,5%	64,2%	70,2%	57,1%		
	Excesso de peso	Contagem	26	52	28	7	113	
		% em IMC percentil	23,0%	46,0%	24,8%	6,2%		100,0%
		% em 29_Quest	12,7%	19,4%	11,0%	12,5%		
Total		Contagem	204	268	255	56	783	
		% em IMC percentil	26,1%	34,2%	32,6%	7,2%		100,0%
		% em 29_Quest	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	16,103 ^a	6	,013
Razão de verossimilhança	15,095	6	,020
Associação Linear por Linear	4,488	1	,034
N de Casos Válidos	783		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 8,08.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
IMC percentil * 29_Quest	783	100,0%	0	0,0%	783	100,0%

Tabela 83. Tabulação cruzada IMC x número de refeições

			IMC percentil			Total
			Baixo peso	Normal	Excesso de peso	
31 - Por dia comes	2 x	Contagem	1	10	6	17
		% em 31 - Por dia comes	5,9%	58,8%	35,3%	100,0%
		% em IMC percentil	0,7%	1,9%	5,4%	2,2%
	3 x	Contagem	15	69	12	96
		% em 31 - Por dia comes	15,6%	71,9%	12,5%	100,0%
		% em IMC percentil	10,8%	13,1%	10,7%	12,4%
	4 x	Contagem	47	172	53	272
		% em 31 - Por dia comes	17,3%	63,2%	19,5%	100,0%
		% em IMC percentil	33,8%	32,8%	47,3%	35,1%
	5 x	Contagem	51	162	25	238
		% em 31 - Por dia comes	21,4%	68,1%	10,5%	100,0%
		% em IMC percentil	36,7%	30,9%	22,3%	30,7%
	6 x	Contagem	14	77	13	104
		% em 31 - Por dia comes	13,5%	74,0%	12,5%	100,0%
		% em IMC percentil	10,1%	14,7%	11,6%	13,4%
	7 x ou mais	Contagem	11	35	3	49
		% em 31 - Por dia comes	22,4%	71,4%	6,1%	100,0%
		% em IMC percentil	7,9%	6,7%	2,7%	6,3%
Total		Contagem	139	525	112	776
		% em 31 - Por dia comes	17,9%	67,7%	14,4%	100,0%
		% em IMC percentil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	22,384 ^a	10	,013
Razão de verossimilhança	21,837	10	,016
Associação Linear por Linear	5,801	1	,016
N de Casos Válidos	776		

a. 2 células (11,1%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 2,45.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
31 - Por dia comes * IMC percentil	776	99,1%	7	0,9%	783	100,0%

Tabela 84. Tabulação cruzada IMC x ingestão de água

			IMC percentil			Total
			Baixo peso	Normal	Excesso de peso	
33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente?	Menos de meio litro	Contagem	20	67	5	92
		% em 33 - água que tens bebido habitualmente?	21,7%	72,8%	5,4%	100,0%
		% em IMC percentil	15,3%	13,3%	4,9%	12,5%
	Entre meio litro e um litro	Contagem	46	193	40	279
		% em 33 - água que tens bebido habitualmente?	16,5%	69,2%	14,3%	100,0%
		% em IMC percentil	35,1%	38,4%	39,2%	38,0%
	Entre um litro e litro e meio	Contagem	42	172	31	245
		% em 33 - água que tens bebido habitualmente?	17,1%	70,2%	12,7%	100,0%
		% em IMC percentil	32,1%	34,3%	30,4%	33,3%
	Mais de litro e meio	Contagem	23	70	26	119
		% em 33 - água que tens bebido habitualmente?	19,3%	58,8%	21,8%	100,0%
		% em IMC percentil	17,6%	13,9%	25,5%	16,2%
Total		Contagem	131	502	102	735
		% em 33 - água que tens bebido habitualmente?	17,8%	68,3%	13,9%	100,0%
		% em IMC percentil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	13,769 ^a	6	,032
Razão de verossimilhança	14,415	6	,025
Associação Linear por Linear	3,383	1	,066
N de Casos Válidos	735		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 12,77.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente? * IMC percentil	735	93,9%	48	6,1%	783	100,0%

Tabela 85. Tabulação cruzada LS x IMC

			LS Alto e baixo		Total
			LS inadequado e problemático	LS suficiente e excelente	
IMC percentil	Baixo peso	Contagem	49	80	129
		% em IMC percentil	38,0%	62,0%	100,0%
		% LS Alto e baixo	18,8%	16,6%	17,4%
	Normal	Contagem	171	336	507
		% em IMC percentil	33,7%	66,3%	100,0%
		% LS Alto e baixo	65,8%	69,7%	68,3%
	Excesso de peso	Contagem	40	66	106
		% em IMC percentil	37,7%	62,3%	100,0%
		% LS Alto e baixo	15,4%	13,7%	14,3%
Total	Contagem	260	482	742	
	% em IMC percentil	35,0%	65,0%	100,0%	
	% LS Alto e baixo	100,0%	100,0%	100,0%	

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	1,213 ^a	2	,545
Razão de verossimilhança	1,206	2	,547
Associação Linear por Linear	,017	1	,898
N de Casos Válidos	742		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 37,14.

Tabela 86. Tabulação cruzada Área de residência x LS

			LS Bom ou mau		Total
			LS inadequado e problemático	LS suficiente e excelente	
Área de residência	Vila Franca de Xira	Contagem	51	102	153
		% em Área de residência	33,3%	66,7%	100,0%
		% em LS Bom ou mau	20,0%	21,6%	21,0%
	Setúbal periferia	Contagem	46	59	105
		% em Área de residência	43,8%	56,2%	100,0%
		% em LS Bom ou mau	18,0%	12,5%	14,4%
	Setúbal	Contagem	158	311	469
		% em Área de residência	33,7%	66,3%	100,0%
		% em LS Bom ou mau	62,0%	65,9%	64,5%
Total	Contagem	255	472	727	
	% em Área de residência	35,1%	64,9%	100,0%	
	% em LS Bom ou mau	100,0%	100,0%	100,0%	

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	4,117 ^a	2	,128
Razão de verossimilhança	4,012	2	,135

Associação Linear por Linear	,133	1	,715
N de Casos Válidos	727		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 36,83.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
Área de residência* LS Bom ou mau	727	92,8%	56	7,2%	783	100,0%

Tabela 87. Tabulação cruzada Área de residência x IMC

			IMC percentil			Total
			Baixo peso	Normal	Excesso de peso	
Área de residência	Vila Franca de Xira	Contagem	27	100	41	168
		% em Área de residência	16,1%	59,5%	24,4%	100,0%
		% em IMC percentil	20,5%	19,0%	36,9%	21,9%
	Setúbal periferia	Contagem	14	78	17	109
		% em Área de residência	12,8%	71,6%	15,6%	100,0%
		% em IMC percentil	10,6%	14,9%	15,3%	14,2%
	Setúbal	Contagem	91	347	53	491
		% em Área de residência	18,5%	70,7%	10,8%	100,0%
		% em IMC percentil	68,9%	66,1%	47,7%	63,9%
Total		Contagem	132	525	111	768
		% em Área de residência	17,2%	68,4%	14,5%	100,0%
		% em IMC percentil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	20,460 ^a	4	,000
Razão de verossimilhança	19,094	4	,001
Associação Linear por Linear	11,270	1	,001
N de Casos Válidos	768		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 15,75.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
Área de residência* IMC percentil	768	98,1%	15	1,9%	783	100,0%

Tabela 88. Tabulação cruzada Área de residência x consumo de vegetais e frutas

			29_ Quest				Total
			Sempre	Quase sempre	Às vezes	Nunca	
Área de residência	Vila Franca de Xira	Contagem	50	62	44	12	168
		% em Área de residência	29,8%	36,9%	26,2%	7,1%	100,0%
		% em 29_ Quest	24,8%	23,8%	17,6%	21,8%	21,9%
	Setúbal periferia	Contagem	23	41	39	6	109
		% em Área de residência	21,1%	37,6%	35,8%	5,5%	100,0%
		% em 29_ Quest	11,4%	15,7%	15,6%	10,9%	14,2%
Setúbal	Contagem	129	158	167	37	491	
	% em Área de residência	26,3%	32,2%	34,0%	7,5%	100,0%	
	% em 29_ Quest	63,9%	60,5%	66,8%	67,3%	63,9%	
Total		Contagem	202	261	250	55	768
		% em Área de residência	26,3%	34,0%	32,6%	7,2%	100,0%
		% em 29_ Quest	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	6,474 ^a	6	,372
Razão de verossimilhança	6,678	6	,352
Associação Linear por Linear	1,740	1	,187
N de Casos Válidos	768		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 7,81.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Área de residência* 29_ Quest	768	98,1%	15	1,9%	783	100,0%

Tabela 89. Tabulação cruzada Área de residência x número de refeições

			31 - Por dia comes					Total	
			2 x	3 x	4 x	5 x	6 x		7 x ou mais
Área de residência	Vila Franca de Xira	Contagem	4	16	61	51	24	11	167
		% em Área de residência	2,4%	9,6%	36,5%	30,5%	14,4%	6,6%	100,0%
		% em 31 - Por dia comes	26,7%	17,2%	22,8%	21,6%	23,8%	22,4%	21,9%
	Setúbal periferia	Contagem	2	14	31	34	15	12	108
		% em Área de residência	1,9%	13,0%	28,7%	31,5%	13,9%	11,1%	100,0%
		% em 31 - Por dia comes	13,3%	15,1%	11,6%	14,4%	14,9%	24,5%	14,2%
Setúbal	Contagem	9	63	175	151	62	26	486	

	% em Área de residência	1,9%	13,0%	36,0%	31,1%	12,8%	5,3%	100,0%
	% em 31 - Por dia comes	60,0%	67,7%	65,5%	64,0%	61,4%	53,1%	63,9%
Total	Contagem	15	93	267	236	101	49	761
	% em Área de residência	2,0%	12,2%	35,1%	31,0%	13,3%	6,4%	100,0%
	% em 31 - Por dia comes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	7,749 ^a	10	,653
Razão de verossimilhança	7,286	10	,698
Associação Linear por Linear	1,351	1	,245
N de Casos Válidos	761		

a. 2 células (11,1%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 2,13.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
Área de residência* 31 - Por dia comes	761	97,2%	22	2,8%	783	100,0%

Tabela 90. Tabulação cruzada Área de residência x ingestão de água

			33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente?				Total
			Menos de meio litro	Entre meio litro e um litro	Entre um litro e meio litro	Mais de litro e meio	
Área de residência	Vila Franca de Xira	Contagem	14	39	64	33	150
		% em Área de residência	9,3%	26,0%	42,7%	22,0%	100,0%
		% em 33 - água que tens bebido habitualmente?	15,7%	14,2%	26,4%	28,7%	20,8%
	Setúbal periferia	Contagem	19	32	39	10	100
		% em Área de residência	19,0%	32,0%	39,0%	10,0%	100,0%
		% em 33 - água que tens bebido habitualmente?	21,3%	11,6%	16,1%	8,7%	13,9%
Setúbal	Contagem	56	204	139	72	471	
	% em Área de residência	11,9%	43,3%	29,5%	15,3%	100,0%	
	% em 33 - água que tens bebido habitualmente?	62,9%	74,2%	57,4%	62,6%	65,3%	
Total	Contagem	89	275	242	115	721	
	% em Área de residência	12,3%	38,1%	33,6%	16,0%	100,0%	

% em 33 - água que tens bebido habitualmente?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
---	--------	--------	--------	--------	--------

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	27,537 ^a	6	,000
Razão de verossimilhança	27,518	6	,000
Associação Linear por Linear	9,080	1	,003
N de Casos Válidos	721		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 12,34.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Área de residência* 33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente?	721	92,1%	62	7,9%	783	100,0%

Análise consistência da resposta

Indicador: número de refeições diárias (achas x come)

Tabela 91. Tabulação cruzada ...quantas vezes ACHA que deve comer x por dia COME

			31 - Por dia comes						Total
			2 x	3 x	4 x	5 x	6 x	7 x ou mais	
30 - Por dia, para te manteres com saúde, quantas vezes achas que deves comer?	2 x	Contagem	2	2	0	0	0	0	4
		% achas	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% comes	11,8%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%
			% do Total	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%
	3 x	Contagem	4	35	9	5	0	3	56
		% achas	7,1%	62,5%	16,1%	8,9%	0,0%	5,4%	100,0%
		% comes	23,5%	36,5%	3,3%	2,1%	0,0%	6,1%	7,2%
			% do Total	0,5%	4,5%	1,2%	0,6%	0,4%	7,2%
	4 x	Contagem	4	37	119	36	11	7	214
		% achas	1,9%	17,3%	55,6%	16,8%	5,1%	3,3%	100,0%
		% comes	23,5%	38,5%	43,8%	15,1%	10,6%	14,3%	27,6%
			% do Total	0,5%	4,8%	15,3%	4,6%	1,4%	27,6%
	5 x	Contagem	3	19	115	140	39	9	325
		% achas	0,9%	5,8%	35,4%	43,1%	12,0%	2,8%	100,0%
		% comes	17,6%	19,8%	42,3%	58,8%	37,5%	18,4%	41,9%
			% do Total	0,4%	2,4%	14,8%	18,0%	5,0%	41,9%
6 x	Contagem	3	2	24	46	47	11	133	
	% achas	2,3%	1,5%	18,0%	34,6%	35,3%	8,3%	100,0%	
	% comes	17,6%	2,1%	8,8%	19,3%	45,2%	22,4%	17,1%	
		% do Total	0,4%	0,3%	3,1%	5,9%	6,1%	17,1%	
7 x ou mais	Contagem	1	1	5	11	7	19	44	
	% achas	2,3%	2,3%	11,4%	25,0%	15,9%	43,2%	100,0%	
	% comes	5,9%	1,0%	1,8%	4,6%	6,7%	38,8%	5,7%	
		% do Total	0,1%	0,1%	0,6%	1,4%	2,4%	5,7%	
Total	Contagem	17	96	272	238	104	49	776	
	% achas	2,2%	12,4%	35,1%	30,7%	13,4%	6,3%	100,0%	
	% comes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	2,2%	12,4%	35,1%	30,7%	13,4%	6,3%	100,0%	

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	465,010 ^a	25	,000
Razão de verossimilhança	337,937	25	,000
Associação Linear por Linear	194,799	1	,000
N de Casos Válidos	776		

a. 12 células (33,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,09.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
30 - Por dia, para te manteres com saúde, quantas vezes achas que deves comer? * 31 - Por dia comes	776	99,1%	7	0,9%	783	100,0%

Tabela 92. Tabulação cruzada ...quantidade de água que PENSA que deve beber x TEM bebido

			33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente?				Total
			Menos de meio litro	Entre meio litro e um litro	Entre um litro e litro e meio	Mais de litro e meio	
32 - Por dia, para te maneres com saúde, qual é a quantidade de água que pensas que deves beber?	Menos de meio litro	Contagem	14	0	0	0	14
		% que pensas que deves beber?	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% tens bebido habitualmente?	15,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%
		% do Total	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%
	Entre meio litro e um litro	Contagem	13	69	5	2	89
		% que pensas que deves beber?	14,6%	77,5%	5,6%	2,2%	100,0%
		% tens bebido habitualmente?	14,1%	24,7%	2,0%	1,7%	12,1%
		% do Total	1,8%	9,4%	0,7%	0,3%	12,1%
	Entre um litro e litro e meio	Contagem	47	147	154	23	371
		% que pensas que deves beber?	12,7%	39,6%	41,5%	6,2%	100,0%
		% tens bebido habitualmente?	51,1%	52,7%	63,1%	19,5%	50,6%
		% do Total	6,4%	20,1%	21,0%	3,1%	50,6%
Mais de litro e meio	Contagem	18	63	85	93	259	
	% que pensas que deves beber?	6,9%	24,3%	32,8%	35,9%	100,0%	
	% tens bebido habitualmente?	19,6%	22,6%	34,8%	78,8%	35,3%	
	% do Total	2,5%	8,6%	11,6%	12,7%	35,3%	
Total	Contagem	92	279	244	118	733	
	% que pensas que deves beber?	12,6%	38,1%	33,3%	16,1%	100,0%	
	% que tens bebido habitualmente?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	12,6%	38,1%	33,3%	16,1%	100,0%	

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	278,162 ^a	9	,000
Razão de verossimilhança	240,435	9	,000
Associação Linear por Linear	142,059	1	,000
N de Casos Válidos	733		

a. 3 células (18,8%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,76.

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
32 - Por dia, para te maneres com saúde, qual é a quantidade de água que pensas que deves beber? * 33 - Ao longo dos últimos 12 meses, por dia, qual é a quantidade de água que tens bebido habitualmente?	733	93,6%	50	6,4%	783	100,0%

