

Márcia Andreia Ferreira de Sousa

**Saúde oral, hábitos alimentares, hábitos de sono e actividade física em
crianças e adolescentes portugueses**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014

Márcia Andreia Ferreira de Sousa

**Saúde Oral, hábitos alimentares, hábitos de sono e actividade física em
crianças e adolescentes portugueses**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2014

Márcia Andreia Ferreira de Sousa

**Saúde Oral, hábitos alimentares, hábitos de sono e actividade física em
crianças e adolescentes portugueses**

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau de mestre
em Medicina Dentária

Resumo

A saúde oral a par dos bons hábitos alimentares das crianças e adolescentes são essenciais para uma melhor qualidade de vida. Os pais, as escolas e os técnicos de saúde têm um papel fundamental na promoção de melhores hábitos de higiene oral, na prevenção na saúde e na adopção de estilos de vida saudáveis.

Este estudo teve como objectivo recolher os hábitos de saúde oral, os hábitos alimentares, de actividade física e de sono em crianças e adolescentes portugueses.

A recolha de dados efectou-se através de um diagnóstico de situação da Saúde Oral e dos Hábitos Alimentares em crianças e adolescentes que frequentavam o 1º, 2º e 3º Ciclos e o Ensino Secundário, nos Agrupamentos de Escolas de Alijó (Vila Real), com idades para esta amostra de 6, 9, 12 e 15 anos. Participaram neste estudo 214 crianças e adolescentes, aplicou-se um questionário específico que envolveu a recolha de dados, sócio-demográficas, de saúde oral, caracterização antropométrica, dos hábitos alimentares, dos hábitos de sono e de actividade física.

Na amostra estudada, os principais valores encontrados foram, no género masculino (n=104 (48,6%)) 76,9% referiram que escovam os dentes antes de deitar e no género feminino (n=110 (51,4%)) 87,3%. Apenas 6,9% destes usava o fio dentário. Uma grande parte dos rapazes 45,2% referiu escovar os dentes por um período superior a um minuto e inferior a 2 minutos, quanto às raparigas 40%. Em relação a visitas ao médico dentista os valores encontrados são de apenas 6,9% dos rapazes visitava o médico dentista por ano e 20,9% das raparigas visitava o médico dentista uma vez por ano. Nos hábitos alimentares os participantes do género masculino 96,2% e do género feminino 94,5% tomava o pequeno almoço, género masculino 82,7% e no género feminino 89,1% realizavam o lanche a meio da manhã e no género masculino 90,4% e do género feminino 97,3% lanchava a meio da tarde.

Na questão sobre os hábitos de sono o género masculino (n=104 (48,6%)) 25% deitavam-se às 21h00 à semana e o género feminino (n=110 (51,4%)) 24,5% deitavam-se igualmente às 21h00. 79,8% dos rapazes não tinha problemas de sono ou dificuldade em adormecer, e 66,4% das raparigas não tinha problemas de sono ou dificuldade em adormecer.

Concluiu-se que os participantes realmente tinham alguns conhecimentos de higiene oral, no entanto é dada pouca importância ao uso do fio dentário, à escovagem da língua e fundamentalmente a visitas ao médico dentista. É preciso dar a conhecer mais informação junto dos responsáveis pelas crianças (pais, encarregados de educação), escolas e técnicos de saúde de forma a haver mais conhecimento e medidas preventivas em relação à saúde oral.

Palavras Chave: crianças, hábitos alimentares, fatores socioeconómicos; saúde oral; cáries dentárias.

Abstract

Children and teenagers' oral health along with good eating habits are essential for a better life quality. Parents, schools and health professionals play a major role in promoting better oral hygiene habits, thus preventing health problems and adopting a healthier lifestyle.

The purpose of the present study was to evaluate oral health habits, eating habits, physical and sleeping activity among Portuguese children and adolescents.

The data has been collected via analyzing the status of oral health and eating habits in children and adolescents attending elementary and secondary schools at Alijó, Vila Real. For this sample, 214 children and adolescents at ages 6,9,12 and 15 underwent a specific questionnaire aiming the collection of social demographic data, oral care, anthropometrical characterization, eating and sleeping habits as well physical activity.

In this sample, the majority of the population admitted brushing their teeth before bedtime with 76.9% of males and 87.3% of females. Of these, only 6.9% admitted flossing. A significant percentage of the boys (45.2%) referred brushing their teeth for more than one minute and less than two, whereas the percentage of the girls was only 40. Regarding visits to the dentist, the numbers decline steeply with only 6.9% of the boys and 20.9% of the girls visiting the doctor once a year. Concerning eating habits, both genders admitted having breakfast in the morning (96.2% of the boys and 94.5% of the girls) and they would also have a small meal in the middle of the morning and in the afternoon (males 82.7% and 90.4%, females 89.1% and 97.3% respectively).

The question about the sleep habits of the male (n = 104 (48.6 %)) lay up 25 % at 21.00 a week and the females (n = 110 (51.4 %)) 24.5 % lay If also at 21.00 . 79.8 % of boys had no sleep problems or trouble sleeping , and 66.4 % of girls had no sleep problems or trouble sleeping .

We have concluded that participants had actually some information about oral care but little importance was given to dental floss, tongue brushing and regular visits to the dentist. It is of paramount importance to provide more information to parents and caretakers, schools and health care professionals in order to implement prophylactic measures. Keywords: children, eating habits, social economical factors, oral care, dental caries.

Saúde Oral, hábitos alimentares, hábitos de sono e actividade física em crianças e adolescentes
portugueses

Dedicatórias

Dedico esta monografia aos meus filhos por todo o Amor, Carinho e Apoio que me deram durante este percurso, por acreditarem sempre em mim e por compreenderem quando eu não pude estar mais presente.

A todos os meus familiares que me apoiaram e incentivaram durante estes cinco anos.

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora Prof^ª Doutora Raquel Silva, pelo empenho e dedicação que deu para concretizar este trabalho e finalizar esta etapa da minha vida.

À Prof^ª Doutora Teresa Sequeira, Prof^ª Doutora Augusta Silveira, Prof^ª Doutora Ana Moura Teles e Mestre José Frias Bulhosa pelos conhecimentos que me transmitiram, pela dedicação e carinho que dedicaram a este projecto.

Aos amigos que fiz ao longo destes cinco anos, em especial à minha binómia Joana Duarte e à Maria Antunes.

Índice de Tabelas.....	ii
------------------------	----

Índice Geral

INTRODUÇÃO.....	1
------------------------	----------

DESENVOLVIMENTO

I - REVISÃO DE LITERATURA

1 Saúde oral e Hábitos alimentares.....	3
1.1 Factores que influenciam a saúde oral e a cárie dentária.....	3
1.1.1 Factores Sócio-demográficos.....	4
2 Escolaridade dos encarregados de educação.....	5
3 Hábitos de higiene oral.....	5
4 Hábitos alimentares.....	9

II - PROTOCOLO DE ESTUDO

1. Metodologia.....	17
2. Resultados.....	21
3. Discussão dos resultados.....	34

III-CONCLUSÕES.....	39
---------------------	----

IV-BIBLIOGRAFIA.....	41
----------------------	----

Anexo I.....	45
--------------	----

Anexo II.....	47
---------------	----

Índices de tabelas

Tabela 1- Idade média dos participantes de acordo com o género.....	21
Tabela 2- Frequência e percentagem de participantes por nível de ensino.....	22
Tabela 3- Momento do dia em que os participantes escovam os dentes.....	23
Tabela 4- Resultados da forma como deves lavar os dentes.....	24
Tabela 5- Quanto tempo demoram a lavar os dentes.....	25
Tabela 6- Frequência de visitas ao Médico Dentista.....	26
Tabela 7- Percentagem de participantes que tomam o pequeno almoço/Lanche a meio da manhã/Lanche a meio da tarde.....	28
Tabela 8- Alimentos ingeridos ao Pequeno-Almoço.....	29
Tabela 9- Alimentos ingeridos ao Lanche da Manhã.....	30
Tabela 10- Alimentos ingeridos ao Lanche da Tarde.....	31
Tabela 11- Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo do peso, estatura e IMC.....	32

I. Introdução

A saúde oral é tão importante quanto seguir uma boa alimentação, para desta forma, se garantir uma vida com qualidade, saudável e de bem-estar. É igualmente importante a reeducação de pais e/ou respetivos encarregados de educação, para que desde o início, as crianças ganhem bons hábitos de higiene oral e alimentares (Guedes, 2012).

Nas últimas décadas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem dedicado especial atenção às doenças da cavidade oral, nomeadamente à cárie dentária, promovendo e incentivando a realização de diversos programas de prevenção (Pereira, 2013).

A Cárie constitui a principal causa da perda de dentes, sendo reconhecida como um importante problema de Saúde Pública não apenas pela sua elevada frequência, mas também pela associação com outras doenças pelos custos envolvidos e pelas repercussões na qualidade de vida (Pereira, 2013)

A infância é uma das fases dos ciclos da vida que fornece condições ideais para a implementação de bons hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis, que se repercutem a longo prazo. Desta forma, os factores de risco devem ser avaliados para que possam ser identificados e prevenidos (Guedes, 2012).

Existem diversos métodos e instrumentos para o controlo do biofilme oral, mas a escova é o método mais usado e é também eficaz, quando a escovagem é correcta.

A escova ideal deve obedecer a determinados critérios para uma escovagem com qualidade e o indivíduo deve respeitar alguns cuidados para uma melhor preservação da mesma. Por outro lado, os instrumentos de higiene oral estão cada vez mais evoluídos e dirigidos para situações específicas.

Para uma alimentação ser saudável deve ser completa, isto é, deve incluir alimentos de todos os grupos alimentares; deve ser equilibrada, respeitando as proporções de cada grupo de alimentos e; variada, escolhendo alimentos diferentes dentro do mesmo grupo alimentar (Ravasco, 2011).

No âmbito da Dissertação Mestrado Integrado em Medicina Dentária, a decorrer no ano lectivo 2013/2014, foi efectuado um diagnóstico de situação da saúde oral e dos hábitos alimentares de, crianças e adolescentes que frequentavam o 1º, 2º e 3º Ciclos e o Ensino Secundário, nos Agrupamentos de Escolas de Alijó (Vila Real), inseridos na equipa que operacionaliza o Plano Nacional de Saúde Oral.

Desta forma, os objectivos específicos deste estudo foram: caracterizar a qualidade de vida com a Saúde Oral, o perfil antropométrico e os hábitos alimentares, de actividade física e de sono destes indivíduos. E por fim, informar e sensibilizar o público-alvo sobre a importância da saúde oral e dos hábitos alimentares e consequentes implicações para a saúde em geral, de forma a contribuir-se para o aumento dos conhecimentos da população-alvo nas temáticas seleccionadas e na promoção da saúde, enfatizando a adopção de estilos de vida saudáveis.

A escolha deste tema prende-se com o facto de tentar compreender até que ponto os nossos hábitos alimentares influenciam a nossa saúde oral e qual a sua importância para o desenvolvimento na saúde oral das crianças e adolescentes. A nível académico este projecto ajudou-me a enriquecer conhecimentos teóricos e práticos.

Revisão de literatura

3.1 Saúde Oral e Hábitos Alimentares

Sabe-se que a Saúde Oral reflete-se sob diversas doenças sistémicas, afectando estruturas e componentes da cavidade oral. Uma precária saúde oral também se torna um factor de risco à saúde geral (Pires, 2009)

Assim, é necessária uma reeducação das sociedades para que o indivíduo perceba o quão importante é, adoptar uma atitude preventiva no que respeita à saúde. Uma boa alimentação, a prática de exercício físico e visitas regulares ao médico são importantes para se garantir uma vida com qualidade. Uma boa saúde oral garante o sucesso da absorção de nutrientes no nosso organismo, uma vez que a digestão química e mecânica dos alimentos começam logo na boca com a mastigação (Pires, 2009).

1.1 Factores que Influenciam a Saúde Oral e a Cárie Dentária

A cárie dentária é uma doença infecciosa crónica e transmissível dos tecidos calcificados dos dentes, que resulta na destruição localizada dos tecidos duros. Tem como resultado a desmineralização do esmalte e da dentina através dos ácidos produzidos pelos microrganismos da placa bacteriana (Pereira, 2010). A cárie dentária é a doença infecciosa mais comum nas crianças, pode causar diminuição da autoestima da criança ou adolescente, má oclusão dos dentes permanentes, problemas fonéticos (Torres, 2009).

Actualmente, a cárie é considerada uma patologia multifactorial, onde a interação de factores como o hospedeiro representado pelos dentes e pela saliva, a dieta que proporciona os requisitos nutricionais dos microrganismos orais e a flora oral

cariogénica que compreende agentes que produzem ácido e enzimas proteolíticas que causam a destruição dos componentes orgânicos e inorgânicos do dente (Pereira, 2010).

Os nutrientes que mais influenciam o aparecimento da cárie são os hidratos de carbono (especialmente, a sacarose). A cárie depende da quantidade e tipo de açúcar, da frequência do seu consumo, da consistência dos alimentos (alimentos pegajosos são mais cariogénicos) e do momento de ingestão (consumo durante as refeições é menos prejudicial, dado que, o fluxo de saliva estimulada é maior) (Gonçalves, 2012).

Num estudo de Gomes (2009), este autor considera que o aumento da cárie dentária nos países em desenvolvimento está claramente relacionado com o aumento progressivo do consumo de hidratos de carbono refinados.

1.1.1 Factores Sócio-demográficos

As condições socioeconómicas das famílias interferem de uma forma activa na qualidade dos hábitos alimentares e de saúde oral da criança e do adolescente (Cinar *et al.*, 2011), por exemplo, o custo dos alimentos, o acesso a serviços essenciais, a qualidade e a insegurança alimentar e, fundamentalmente, os efeitos de persuasão do marketing (Guedes, 2012), pois os indivíduos menos literados são mais fortemente influenciados pelas fortes campanhas de marketing actuais.

As pessoas pertencentes a estratos socioeconómicos mais baixos possuem maiores taxas de doença, devido à falta de conhecimento ou ao acesso limitado a cuidados de saúde e serviços preventivos (Brandão, 2006).

2 Escolaridade dos Encarregados de Educação

Factores como o nível de escolaridade dos encarregados de educação e a jju,km dos seus educandos poderão ser elementos diferenciadores ao acesso à saúde (Guedes, 2012).

3 Hábitos de Higiene oral

A escovagem

Uma boa higiene oral depende de vários factores tais como: a escovagem diária, o uso de fio dentário, o uso de dentífricos fluoretados e as consultas regulares com o médico dentista.

Para maior controlo da placa bacteriana, a escovagem dentária é o método mecânico mais eficaz, sendo a qualidade da escovagem um factor importante para uma limpeza eficiente (Rocha, 2013).

Existem actualmente numerosas formas de escovas dentárias com diferentes tamanhos e formas de cabeças, cabos e dimensões das cerdas.

No entanto, perdura até hoje que os pacientes ao adquirirem as suas escovas de dentes deveriam seguir as seguintes recomendações: cerdas macias, cabeça pequena com múltiplos tufos, cerdas uniformes com extremidades arredondadas e a cabeça da escova no mesmo plano do cabo (Almeida, 2008).

A escolha da escova é uma questão de preferência individual e não há superioridade demonstrada de qualquer tipo de escova. A cabeça deve ser pequena e arredondada,

para que possa ter o potencial de chegar a todos os ângulos da cavidade oral, e deve ter um cabo confortável. A facilidade na manipulação pelo paciente é um importante factor na escolha da sua escova de dentes (Gupta,2009).

Os dentes devem ser escovados após as refeições principais, nomeadamente a seguir ao pequeno-almoço, ao almoço e ao jantar.

Sabe-se que a escovagem mais importante é ao deitar. A escovagem dos dentes deve durar, pelo menos, 2 minutos.

Para além da escova de dentes, deve também usar-se o fio dentário para ajudar a remover os resíduos dos alimentos que possam alojar-se entre os dentes (Gonçalves, 2011).

Cuidados a ter com a escova

A escova de dentes fica contaminada com microorganismos presentes na cavidade oral. Dependendo das condições de armazenamento, a escova pode servir como um reservatório para a reintrodução na cavidade oral de potenciais agentes patogénicos, tais como os Estreptococos do grupo *mutans*, o que pode ser a causa de repetidas infecções na boca (Ankola, 2009).

A escova dentária sofre desgaste com o uso e, quanto maior o desgaste, menor a eficácia na remoção da placa.

A substituição da escova deverá fazer-se com intervalos adequados. Estes intervalos variam, fundamentalmente, em função do uso e da contaminação (Laing, 2008).

Admite-se que uma escova, mesmo quando de boa qualidade, deveria ser substituída de 3 em 3 meses. Uma vez que as crianças praticam técnicas de escovagem menos

correctas, as escovas de dentes infantis podem precisar de ser substituídas com mais frequência do que as escovas de dentes dos adultos (Laing, 2008).

No que concerne ao risco de contaminação das escovas, parece importante referir que para se reduzir esse risco de contaminação deve-se:

- Lavar a escova de dentes com água da torneira após a escovagem para remover qualquer pasta de dentes e detritos remanescentes.
- Se possível guardar a escova na posição vertical, e deixar seca-la ao ar seco até usá-la novamente.
- Se mais de uma escova de dentes é armazenada na mesma área, manter as escovas separadas.
- Não rotineiramente cobrir as escovas de dentes ou armazená-las em recipientes fechados. Um ambiente húmido, tal como um recipiente fechado, é mais favorável ao crescimento de microorganismos que a ar aberto.

Para além da escova de dentes existem ainda outros auxiliares de higienização oral:

Fio/Fita dentária- utilizados para remover resíduos dos alimentos e desorganizar o biofilme bacteriano, principalmente dos espaços interdentários, deve ser usado diariamente para remover a placa bacteriana que se vai acumulando entre os dentes e que provoca a cárie, também antes da escovagem, em indivíduos com idade superior a oito anos e sem recessões gengivais (Gupta, 2009).

O fio dentário deve ser utilizado da seguinte forma: enrolar o fio dental usando aproximadamente 30 a 40 cm de fio. Segurar o fio entre os dedos polegar e indicador, deixando um espaço de 5cm entre ambos. Realizar movimentos de vaivém e no sentido da face oclusal dos dentes. Renovar a porção do fio/fita sempre que higienizar outro espaço interdentário (Gupta, 2009).

Raspador de língua - Para eliminar as bactérias da língua, ou se tiver o reflexo de vômito ao utilizar a escova o melhor é optar pelo raspador de língua. Deve-se mudar de seis em seis meses (Gupta, 2009).

Técnica de escovagem

Segundo a DGS (2005), a partir dos 6 anos de idade, a escovagem dos dentes já deverá ser efectuada pela criança, utilizando um dentífrico fluoretado, com um teor de fluoreto entre 1000 e 1500 ppm (mg/L), numa quantidade aproximada de um centímetro.

Contudo, muitas vezes observa-se nas crianças e nos adolescentes, uma escovagem dentária agressiva, isto é, escovar os dentes com demasiada frequência, demasiada agressividade ou com uma escova de cerdas duras. Além disso, podem ainda provocar retracção gengival e consequentemente, a exposição da dentina (Spínola e Silva, 2013).

Neste artigo, as autoras referem que as lesões de abrasão são produzidas pela fricção de materiais exógenos, como pastas dentífricas abrasivas. São lesões côncavas de textura lisa, usualmente encontradas nas faces vestibulares dos dentes.

Este trabalho (Spínola e Silva, 2013) realça ainda que as lesões de erosão podem ser provocadas por acção de produtos químicos exógenos, tais como: bebidas ácidas, sumos de fruta ou endógenos, conteúdos gástricos e pelo consumo de alimentos mais crocantes e/ou pegajosos.

A técnica de Fones tem sido a mais preconizada para crianças. Nesta técnica, a escova deve exercer alguma pressão sobre os dentes enquanto realizando movimentos circulares o mais amplos possível; as faces linguais devem ser higienizadas com movimentos de “vaivém” (Rocha 2013).

É importante consultar o médico dentista pelo menos 2 vezes por ano, no sentido da prevenção e não apenas na altura dos tratamentos (Gonçalves, 2011).

4 Hábitos Alimentares

Uma alimentação completa, variada e equilibrada é determinante ao longo da vida com especial relevo na infância e na adolescência, onde as necessidades energéticas e nutricionais são elevadas e exigentes para o normal crescimento e desenvolvimento (Carneiro, 2009).

Por outro lado, os hábitos alimentares inadequados contribuem para o desenvolvimento e aparecimento de diversas patologias, nomeadamente a obesidade, diabetes, cancro, doenças cardiovasculares (Carneiro, 2009).

Nas escolas há formação direcionada para bons hábitos alimentares, começando pelos professores que já estão preparados com material didático para apresentar aos alunos, crianças e jovens, a mais-valia de uma alimentação cuidada.

Também as cantinas nas escolas têm maior cuidado na exposição dos alimentos assim como na variedade, quantidade e qualidade dos mesmos (Direção Geral de Saúde- DGS, 2005).

As crianças e os jovens, que consomem mais alimentos ricos em açúcar e gorduras, e nos intervalos optam predominantemente por doces e bebidas açucaradas, têm susceptibilidade aumentada à cárie dentária (DGS, 2005).

Sabe-se que o consumo de alimentos como bolos, gelados, biscoitos, refrigerantes, sumos de frutas, são opções nutricionais de eleição para jovens e crianças. Contudo,

todos estes alimentos consumidos frequentemente e sem prudência podem ocasionar experiências de lesões de cárie dentária (Guedes, 2012).

Os adolescentes que ingerem chá ou café com adição de quantidades significativas de açúcar são mais susceptíveis de desenvolver facilmente lesões a nível do esmalte (Guedes, 2012).

Em resultado de carências ou excessos nutricionais, a mucosa oral é particularmente susceptível a alterações anatómicas e fisiológicas (Guedes, 2012). A alimentação, por sua vez, tem um efeito sistémico na cavidade oral, abrangendo dentes, periodonto, mucosa oral e osso alveolar (Torres, 2009).

Neste sentido, parece importante referir algumas considerações sobre alimentação saudável.

Para uma alimentação ser saudável, esta deve ser:

- Completa, incluindo-se alimentos de todos os grupos alimentares;
- Equilibrada, ao respeitar as proporções de cada grupo de alimentos e;
- Variada, escolhendo alimentos diferentes dentro do mesmo grupo.

Na população portuguesa, a Nova Roda dos Alimentos é uma forma de referência da alimentação saudável que os indivíduos devem ter em linha de consideração ao longo do dia.

Esta é composta por 7 grupos de alimentos diferentes (Figura 1):

- Cereais, derivados e tubérculos 28% (4 a 11 porções)

- Produtos hortícolas 23% (3 a 5 porções)
- Frutos 20% (3 a 5 porções)
- Lacticínios 18%; (2 a 3 porções)
- Carne, pescado e ovos 5%; (1,5 a 4,5 porções)
- Leguminosas 4% (1 a 2 porções)
- Gorduras, óleos 2% (1 a 3 porções)

No centro da Nova Roda dos Alimentos encontra-se a água, nutriente necessário em maior quantidade para o organismo e que tem como função importante, a de regular a temperatura e o transporte de nutrientes e outras substâncias (Silva, 2009).



Figura 1. A Nova Roda dos Alimentos foi produzida pela Direcção Geral do Consumidor, ex-Instituto do Consumidor/FCNAUP (2003).

Os nutrientes podem agrupar-se em três categorias:

- Energéticos: fornecem energia, mantêm constante a temperatura do corpo e permite o trabalho muscular, permite armazenar energia sob a forma de tecido adiposo (principais constituintes hidratos de carbono, proteínas e gorduras).
- Plásticos ou reparadores: são, principalmente as proteínas, gorduras, vitaminas, minerais e água, que fazem parte dos tecidos contribuindo para a formação do esqueleto e estruturas e reparação de células e tecidos (Silva, 2013).
- Reguladores: os nutrientes que não fornecendo energia, promovem quase todas as reacções bioquímicas do organismo como, a regulação dos processos metabólicos. Os mais importantes deste tipo são as vitaminas, os minerais e as fibras alimentares (Silva, 2013).

Os constituintes dos alimentos designam-se por nutrientes e podem classificar-se em:

- Hidratos de carbono;
- Proteínas;
- Lípidos;
- Vitaminas;
- Minerais;
- Fibras;
- Água.

De seguida, será explicado o contributo e as fontes alimentares de cada um dos nutrientes anteriormente mencionados:

Hidratos de carbono: a sua principal função é fornecer energia, de origem vegetal: pão, massa, arroz, batatas, cereais (trigo, aveia), feijão, grão, ervilhas e de origem animal, apenas o leite.

Os hidratos de carbono simples devem ser consumidos com moderação, pelo que deve-se optar pelo disponível na composição dos alimentos como a fruta e o mel (Ravasco, 2011).

O consumo elevado de sacarose pode levar a uma situação de cárie, assim como a consequências sistémicas como hipoglicemia, diabetes, obesidade (Guimarães, 2011).

Os substitutos do açúcar são adoçantes livres de calorias contêm hidratos de carbono, mas não contêm açúcar, podendo desta forma reduzir o risco de cárie dentária.

Os substitutos do açúcar mais utilizados são:

- Xilitol
- Sorbitol
- Manitol
- Lactitol
- Isomalte
- Eritritol

Proteínas: encontram-se na carne, peixe, leite, queijo e leguminosas. O nosso organismo não necessita de quantidades exageradas de proteínas, pois o excesso, é usado na constituição de reservas de gordura (Guimarães, 2011).

No entanto, se houver carência de proteínas poderá haver um impacto negativo na cavidade oral (Guedes, 2012). Nomeadamente poderá ocorrer anemia, menor resistência a infeções, edema e malnutrição proteico-calórica (Silva, 2013). Por outro lado, se a ingestão for excessiva poderão ocorrer patologias renais, cardiovasculares, cancro (Silva, 2013).

Lípidos: são um nutriente necessário, mas o seu consumo deve ser cuidadoso, pois em excesso é um dos factores que aumenta o risco de doenças cardiovasculares, obesidade, determinados tipos de cancro (Guimarães 2011).

O principal fornecedor de gorduras monoinsaturadas é o azeite, e como a gordura monoinsaturada é a que melhor se adapta às necessidades do nosso organismo, o consumo de azeite deve ser sempre privilegiado em relação às outras gorduras (Guimarães, 2012). As gorduras polinsaturadas existem principalmente em alimentos de origem vegetal (ex.: óleo de amendoim, óleo de girassol, margarinas, nozes, amêndoas, etc.) e na gordura do peixe (Silva, 2013).

Vitaminas: regulam reacções no organismo e facilitam a assimilação de nutrientes. Conforme a sua solubilidade, classificam-se em: hidrossolúveis (vitaminas do complexo B e vitamina C) e lipossolúveis (vitaminas A, D, E e K) (Silva, 2013).

Estas são essenciais para o metabolismo, no entanto existem em pequenas quantidades nos alimentos (Guimarães, 2011).

Fibras: regulam o funcionamento do intestino e diminuem o nível sanguíneo e de

colesterol (Silva, 2013). Caracterizam-se por serem um conjunto de substâncias existentes nos alimentos de origem vegetal, que o organismo não consegue digerir e que, portanto, não são absorvidas (Guimarães, 2011).

Minerais: são nutrientes inorgânicos imprescindíveis para um normal funcionamento metabólico. Apresentam ainda uma importante função na estrutura física do organismo, não apenas nos ossos e dentes, mas também nos músculos, sangue.

Podem ser divididos em macrominerais (cálcio, fósforo, magnésio, sódio, cloreto e potássio) e oligoelementos (crómio, cobre, fluoreto, iodo, ferro, magnésio, manganésio, molibdénio, selénio e zinco) (Guimarães, 2011). Encontram-se no leite, iogurte, queijo, legumes, hortaliça e fruta (Silva, 2013).

Água: nesta Nova Roda dos Alimentos, a água está no seu centro, pois está representada em todos os grupos, uma vez que faz parte da constituição de quase todos os alimentos. Cerca de 70% do nosso organismo é constituído por água, pelo que as necessidades diárias em água, para a maioria da população, variam entre 1,5 e 3 litros por dia (Ravasco, 2011).

Distribuição dos alimentos e das refeições

Os alimentos devem ser consumidos ao longo do dia entre 5 a 6 refeições diárias com intervalos regulares entre elas (máximo de 3h30 minutos). Devem evitar-se grandes quantidades de comida ao almoço e ao jantar (Silva, 2013).

O **pequeno-almoço** é uma refeição fundamental e nunca deve ser esquecida, deve incluir alimentos como o leite, cereais e frutas (Silva 2013).

O **lanche da manhã** deve ser leve e não exceder um período de 3 horas entre as refeições (Silva, 2009).

O **almoço** é uma das principais refeições, onde devem ser incluídos alimentos dos diferentes grupos alimentares.

Deve iniciar-se com a sopa, seguida de um prato de carne ou peixe recheado de produtos hortícolas e alguns hidratos de carbono. A refeição deve ser acompanhada por água ou sumos naturais preferencialmente. A sobremesa deve ser fruta da época (Silva, 2009).

O **lanche da tarde** deve ser leve e não exceder um período de 3 horas entre as refeições (Silva, 2009).

O **jantar** deve ser uma refeição mais leve e deve ser ingerida, no mínimo duas horas antes de deitar. A composição do jantar deve ser semelhante ao almoço (Silva, 2009).

Por fim, a **ceia** só se faz apenas quando a diferença entre o jantar e a hora de deitar é superior a duas horas (Silva, 2013).

Actividade física e Hábitos de sono

Comportamentos e hábitos, como por exemplo, a prática regular de actividade física e uma boa qualidade de sono, contribuem para melhor qualidade de vida. Aumentam as capacidades cardiorespiratória e muscular, o controle da massa corporal, a redução da depressão e da ansiedade, a melhoria das funções cognitivas (memória, atenção e raciocínio) A actividade física e hábitos de sono contribuem para melhoria física e intelectual. Estes factores são importantes para a optimização do desempenho cognitivo, principalmente em crianças e adolescentes, a potencialização da capacidade de aprendizagem na escola (Boscolo, 2007).

Metodologia

Após autorização das Escolas, os alunos foram convidados a participar voluntariamente no estudo, sendo que os objectivos e a metodologia do trabalho foram explicados e as dúvidas esclarecidas, informando-se ainda do anonimato e da confidencialidade dos dados pelos responsáveis do estudo.

Depois da obtenção do consentimento informado (em anexo) pelos Encarregados de Educação foi aplicado um questionário específico para o efeito (em anexo), que envolveu a recolha dos seguintes dados, a partir da aplicação de um questionário:

> Características sócio-demográficas

- Data de nascimento,
- Género,
- Idade,
- Agrupamento Escolar,
- Escolaridade,
- Concelho de residência,
- Agregado familiar e
- Anos de escolaridade completos.

> Características clínicas

- Detecção e avaliação de cárie;

- Índices de cárie;
- Índice de Tratamentos Restauradores;
- Avaliação da condição periodontal;
- Índice de Inflamação gengival;
- Índice de Higiene Oral;
- Avaliação de placa;
- Avaliação de fluorose;
- Avaliação da necessidade de tratamento ortodóntico;
- Relação molar; *Overjet/overbite* (mordida aberta/sobremordida);
- Mordida cruzada unilateral ou bilateral; alveolares ou funcionais;
- Posição das linhas médias incisivas;
- Avaliação da estética dentária;
- Identificação de traumatismos.

> Caracterização antropométrica, dos hábitos alimentares, dos hábitos de sono, da actividade física e dados ginecológicos

- Peso,
- Estatura,
- Índice de Massa corporal,
- Volume abdominal,
- Avaliação dos hábitos alimentares (através de um questionário semi-quantitativo de frequência alimentar), de actividade física e de sono, presença e idade na menarca, eventuais irregularidades menstruais, horas de sono, eventual toma de medicamento e/ou suplemento e eventual presença de doença que exija vigilância médica regular.

Peso: foi medido através de uma balança apropriada, calibrada e colocada num local estável. O participante subiu devagar para o centro da plataforma, mantendo posteriormente, a posição antropométrica sem executar qualquer tipo de movimento. Em seguida registou-se a medição em quilogramas com valores decimais (Silva, 2011).

A estatura corresponde à distância do vértex (parte mais superior da cabeça) ao solo, medida por uma craveira, na posição antropométrica. Os inquiridos, adoptaram a posição antropométrica, de costas para o estadiómetro, sendo que a cabeça, as costas, as nádegas e as pernas tocavam na craveira. Desceu-se a craveira lentamente, comprimindo o cabelo, até tocar o topo da cabeça (Silva, 2011).

O perímetro da cinta foi medido na posição antropométrica e abdómen relaxado. A fita métrica, foi aplicada horizontalmente e com firmeza no ponto médio entre os dois pontos (última costela e crista ilíaca), a nível umbilical. Pediu-se aos participantes para expirar no momento da medição para que se prevenisse a contração muscular (Silva, 2011).

Assim, através de valores de peso e estatura foi possível determinar o Índice da Massa Corporal (IMC) ou Índice de *Quetelet* a partir da seguinte fórmula: $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Estatura}^2 \text{ (m}^2\text{)}$ (Silva, 2011).

De forma a classificar a amostra em relação ao peso, estatura e IMC foram utilizadas as curvas de percentis *National Centre for Health and Statistics (NCHS)* usadas em Portugal desde 1981 (DGS, 2006).

De acordo com o Programa Nacional de Combate à Obesidade, optou-se por substituir as curvas da relação peso-estatura pelas do índice de massa corporal (IMC), mais adequadas à correcta monitorização do estado de nutrição de cada criança (DGS, 2006).

Segundo a (DGS, 2006) é considerado “ excesso de peso – IMC entre o percentil 85 e 95 para a idade e sexo”, e considerada “ obesidade – IMC acima do percentil 95 para a idade e sexo”.

Tratamento estatístico

Os questionários foram codificados e tratados na forma de análise estatística descritiva e serão apresentados na forma de média, desvio-padrão, mínimo, máximo e percentagem.

Esta análise efectuou-se com recurso ao programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22.0 para Windows.

Resultados

Foram avaliados 214 crianças e adolescentes dos quais, 104 (48,6%) eram do género masculino e 110 (51,4%) eram do género feminino com idades compreendidas entre os 6 e os 16 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Idade média dos participantes (n=214), de acordo com o género feminino (n= 110) e género masculino (n= 104).

Mínimo, Máximo, Média e Desvio Padrão da <i>Idade</i> por <i>Género</i>				
Amostra (n = 214)				
	Média	DP	Mínimo	Máximo
Masculino	10,16	3,18	6	16
Feminino	10,06	3,24	6	16

Dos 214 indivíduos avaliados, a maioria (56,5%) frequentava o 1º Ciclo, 26,6% frequentava o 2º Ciclo e apenas 16,8% o 3º Ciclo do ensino público regular (Tabela 2).

Tabela 2. *Frequência e percentagem de participantes (n=214) por nível de ensino.*

Frequência e percentagem de participantes por Nível de Ensino		
	Amostra (n = 214)	
	N	%
Até ao 4º ano	121	56,5%
5º a 7º ano	57	26,6%
8º a 9º ano	36	16,8%

Os participantes do género masculino (76,9%) referiram que escovam os dentes antes de deitar e apenas (1%) referiu que nunca escova os dentes (Tabela 3). Quanto ao género feminino (87,3% dos inquiridos)- referiu que escova os dentes antes de deitar e apenas (3,6% escovava) às vezes.

Tabela 3. Momento do dia em que os participantes (n=214) escovam os dentes.

Quando escova os dentes?	Rapazes (n= 104)		Raparigas (n= 110)	
	Sim N (%)	Não N (%)	Sim N (%)	Não N (%)
De manhã, antes pequeno-almoço	15 (14,4%)	89 (85,6%)	23 (20,9%)	87 (79,1%)
De manhã, depois pequeno-almoço	54 (51,9%)	50 (48,1%)	66 (60%)	44 (40%)
Depois do almoço	15 (14,4%)	89 (85,6%)	25 (22,7%)	85 (77,3%)
Antes de deitar	80 (76,9%)	24 (23,1%)	96 (87,3%)	14 (12,7%)
Nunca	1 (1%)	103 (99%)	0	110 (100%)
Às vezes	9 (8,7%)	95 (91,3%)	4 (3,6%)	106 (96,4%)

A grande maioria dos participantes (214; 99,1%) usava a escova, 1,9% usava o escovilhão e 6,9% usava fio dentário.

A grande parte dos inquiridos (96,8%) referiu usar a pasta dentrífica para lavar os dentes, sendo que 23,6% usava apenas o elixir e apenas 1 participante referiu usar o dedo.

Os participantes do género masculino (76%) referiu que os movimentos devem ser circulares 11,5% referiu que se deve usar só líquido para bochechar. Quanto ao género feminino (79,1%) referiu que se devem fazer movimentos circulares e 7,3% dos avaliados referiu que se deve escovar bem a parte de fora (Tabela 4).

Tabela 4. Resultados da forma como os participantes (n=214) devem lavar os dentes.

Como deves lavar os dentes?	Rapazes (n= 104)		Raparigas (n= 110)	
	Sim N (%)	Não N (%)	Sim N (%)	Não N (%)
Movimentos circulares...	79 (76%)	21 (20,2%)	87 (79,1%)	21 (19,1%)
Escovar sempre a língua	50 (48,1%)	49 (47,1%)	62 (56,4%)	46 (41,8%)
Usar só líquido para bochechar	12 (11,5%)	87 (83,7%)	27 (24,4%)	81 (73,6%)
Escovar bem só a parte de fora	13 (12,5%)	86 (82,7%)	8 (7,3%)	100(90,9%)

Uma grande parte dos rapazes 45,2% referiu escovar os dentes por um período superior a um minuto e inferior a 2 minutos e 8,7% responderam que não sabiam. Quanto às raparigas 40% indicaram escovar os dentes por um período superior a um minuto e inferior a 2 minutos, sendo que 7,3% destas responderam escovar os dentes num tempo inferior a 30 segundos (Tabela 5).

Tabela 5. Quanto tempo demoram os participantes (n=214) a lavar os dentes.

Quanto tempo demoras a lavar os dentes?	Rapazes (n= 104)	Raparigas (n= 110)
Menos de 30 segundos	11 (10,6%)	8 (7,3%)
Mais de 30 segundos	15 (14,4%)	24 (21,8%)
Mais 1 min e menos de 2	47 (45,2%)	44 (40%)
Não sei	9 (8,7%)	13 (11,8%)
Outro	22 (21,2%)	20 (18,2%)

Dos rapazes 6,9% visitava o médico dentista uma vez por ano e curiosamente 3,8% dos rapazes referiu visitar o médico dentista todos os meses.

Quanto às raparigas 20,9% respondeu que visitava o médico dentista uma vez por ano. No entanto 4,5% das inquiridas referem todos os meses e nunca (Tabela 6).

Tabela 6. Frequência de visitas que os participantes (n=214) fazem ao Médico Dentista.

Quantas vezes vais ao dentista?	Rapazes (n= 104)	Raparigas (n= 110)
Todos os meses	4 (3,8%)	5 (4,5%)
De 3 em 3 meses	13 (12,5%)	13 (11,8%)
De 6 em 6 meses	14 (13,5%)	14 (12,7%)
1 vez/ano	28 (26,9%)	23 (20,9%)
Nunca	14 (13,5%)	5 (4,52%)
Não sei	15 (14,4%)	21 (19,1%)
Outro	12 (11,5%)	22 (20%)

Vinte e seis indivíduos 25% do género masculino responderam que se deitavam às 21h00 à semana, sendo que se verificaram outras respostas de apenas 1% de horários que vão desde as 19h30 até às 00h30. Vinte e sete raparigas 24,5% responderam às 21h00, enquanto que 1% deram como resposta horários que vão desde as 21h15 até às 03h00 da manhã.

Foi também colocada a questão “ a que horas costumam levantar-te à semana”, 46,2% do género masculino respondeu às 7h00, apenas 1% respondeu às 10h00. As raparigas 48,2% responderam às 7h00, enquanto que 1% deram como resposta horários de 5h00 e 10h00.

Na resposta à pergunta “tens problemas de sono ou dificuldade em adormecer” 79,8% dos rapazes respondeu não e 9,2% respondeu sim, sendo que 1,9% afirmou dificuldade em adormecer e 1,9% pesadelos. As raparigas responderam não 66,4% e sim 33,6%, sendo que 5,5% referiu dificuldade em adormecer e 4,5% falta de sono.

Dos inquiridos sobre a prática de exercício físico na escola 4,8% dos rapazes respondeu que não pratica, e 94,2% pratica. As raparigas 5,5% não pratica e 94,5% pratica.

Para além da educação física na escola, 41,3% dos inquiridos não pratica outro tipo de exercício físico e 57,7% pratica outro tipo de exercício físico do sexo masculino. O futebol é o desporto mais escolhido com 29,8% por parte dos participantes masculinos. No sexo feminino 56,4% das inquiridas não pratica outro tipo de exercício físico e 43,6% pratica outro tipo de exercício físico. A natação é o desporto mais procurado no sexo feminino 9,1%.

Na tabela 7 verificámos que a maior parte dos participantes 96,2% do género masculino e 94,5% do género feminino tomavam o pequeno-almoço. E apenas 3,8% do género masculino e 5,5% do género feminino não tomavam o pequeno-almoço.

Destes participantes 82,7% do género masculino e 89,1% do género feminino realizavam o lanche a meio da manhã.

No entanto 17,3% do género masculino e 10% do género feminino não lanchavam a meio da manhã.

Quanto ao lanche da tarde 90,4% do género masculino e 97,3% do género feminino lanchavam a meio da tarde, e 8,7% do género masculino e 2,7% do género feminino, não lanchavam a meio da tarde.

Tabela 7. Percentagem de participantes (n=214) que tomam o pequeno-almoço/Lanche a meio da manhã/Lanche a meio da tarde.

Pequeno-almoço/Lanche meio da manha/ lanche meio da tarde	Rapazes (n= 104)		Raparigas (n= 110)	
	Sim N (%)	Não N (%)	Sim N (%)	Não N (%)
Tomas sempre pequeno-almoço	100 (96,2%)	4 (3,8%)	104 (94,5%)	6 (5,5%)
Lanchas sempre meio da manha	86 (82,7%)	18 (17,3%)	98 (89,1%)	11 (10%)
Lanchas sempre meio da tarde	94 (90,4%)	9 (8,7%)	107 (97,3%)	3 (2,7%)

Os resultados obtidos sobre os alimentos ingeridos ao pequeno-almoço foram, o leite (simples, achocolatado ou com cereais) foi o alimento mais consumido tanto pelos rapazes 101,9%, como pelas raparigas 99,1%.

O alimento menos escolhido foi o chocolate e as batatas fritas pelos rapazes 1% e 1,8% nas raparigas (Tabela 8).

Tabela 8. Alimentos ingeridos pelos participantes (n=214) ao Pequeno-Almoço.

O que tomas ao pequeno-almoço?	Rapazes (n= 104)		Raparigas (n= 110)	
	Sim N (%)	Não N (%)	Sim N (%)	Não N (%)
Pão (simples, manteiga, queijo, fiambre, doce)	51 (49,1%)	464 (446,2%)	57 (51,8%)	479 (435,5%)
Leite (simples, achocolatado, com cereais)	106 (101,9%)	203 (195,2%)	109 (99,1%)	214 (194,5%)
Iogurte	7 (6,7%)	96 (92,3%)	4 (3,6%)	104 (94,5%)
Fruta (simples, batido, sumo natural)	8 (7,7%)	302 (290,3%)	8 (7,2%)	315 (286,4%)
Sumos/refrigerantes/bebidas energéticas	3 (3%)	308 (296,1%)	6 (5,4%)	320 (291%)
Chá	2 (1,9%)	101 (97,1%)	3 (2,7%)	105 (95,5%)
Bolachas/bolos	11 (10,6%)	196 (188,4%)	16 (14,5%)	201 (182,7%)
Batatas fritas	1 (1%)	103 (99%)	2 (1,8%)	108 (98,2%)
Chocolate	1 (1%)	103 (99%)	2 (1,8%)	108 (98,2%)
Outros	4 (3,8%)	99 (95,2%)	4 (3,6%)	104 (94,5%)
Nenhum	1 (1%)	102 (98,1%)	2 (1,8%)	108 (98,2%)

Os resultados obtidos sobre os alimentos ingeridos ao lanche da manhã foram, o pão (simples, com manteiga, com queijo, fiambre ou doce) foi o alimento mais consumido tanto pelos rapazes 76%, como pelas raparigas 83,6%. O alimento menos escolhido foi o chocolate, as batatas fritas e o chá pelos rapazes 1% e nas raparigas o chá e o chocolate 0,9% (Tabela 9).

Tabela 9. Alimentos ingeridos pelos participantes (n=214) ao Lanche da Manhã.

O que comes ao lanche da manhã?	Rapazes (n= 104)		Raparigas (n= 110)	
	Sim N (%)	Não N (%)	Sim N (%)	Não N (%)
Pão (simples, manteiga, queijo, fiambre, doce)	79 (76%)	437 (420,2%)	92 (83,6%)	450 (409,1%)
Leite (simples, achocolatado, cereais)	29 (27,9%)	281 (270,1%)	38 (34,5%)	288 (261,9%)
Iogurte	23 (22,1%)	80 (76,9%)	25 (22,7%)	83 (75,5%)
Fruta (simples, batido, sumo natural)	5 (4,9%)	305 (293,3%)	8 (7,2%)	320 (290,9%)
Sumos/refrigerantes/bebidas energéticas	10 (9,7%)	300 (288,4%)	15 (13,6%)	311 (282,8%)
Chá	1 (1%)	102 (98,1%)	1 (0,9%)	107 (97,3%)
Bolachas/bolos	18 (17,3%)	188 (180,7%)	22 (20%)	194 (176,4%)
Batatas fritas	1 (1%)	103 (99%)	2 (1,8%)	107 (97,3%)
Chocolate	1 (1%)	103 (99%)	1 (0,9%)	109 (99,1%)
Outros	1 (1%)	102 (98,1%)	11 (10%)	97 (88,2%)
Nenhum	3 (2,9%)	100 (96,2%)	4 (3,6%)	1048 (94,5%)

Na tabela 10 os resultados sobre os alimentos ingeridos ao lanche da tarde foram, o pão (simples, com manteiga, com queijo, fiambre ou doce) foi o alimento mais consumido tanto pelos rapazes 88,5%, como pelas raparigas 100%. O alimento menos escolhido foi as batatas fritas pelos rapazes 1% e nas raparigas o chocolate e as batatas fritas 0,9%.

Tabela 10. Alimentos ingeridos pelos participantes (n=214) ao Lanche da Tarde.

O que tomas ao Lanche da tarde?	Rapazes (n= 104)		Raparigas (n= 110)	
	Sim N (%)	Não N (%)	Sim N (%)	Não N (%)
Pão (simples, manteiga, queijo, fiambre, doce)	92 (88,5%)	424 (407,7%)	110(100%)	431 (391,8%)
Leite (simples, achocolatado, cereais)	37 (35,6%)	272 (261,5%)	28 (25,5%)	296 (269,1%)
Iogurte	16 (15,4,1%)	87 (83,7%)	22 (20%)	86 (78,2%)
Fruta (simples, batido, sumo natural)	11 (10,6%)	298 (286,5%)	17 (15,4%)	307 (279,2%)
Sumos/refrigerantes/bebidas energéticas	20 (19,3%)	291 (279,8%)	22 (20%)	306 (278,2%)
Chá	2 (1,9%)	101 (97,1%)	3 (2,7%)	105 (95,5%)
Bolachas/bolos	17 (16,4%)	189 (181,8%)	18 (16,3%)	198 (180%)
Batatas fritas	1 (1%)	103 (99%)	1 (0,9%)	107 (97,3%)
Chocolate	2 (1,9%)	101 (99%)	1 (0,9%)	107 (97,3%)
Outros	3 (2,9%)	100 (96,2%)	7 (6,4%)	101 (91,8%)
Nenhum	1 (1%)	103 (99%)	2 (1,8%)	105 (95,5%)

Na tabela 11 estão descritos os valores da média, desvio padrão, mínimo e máximo, relativamente ao peso, estatura e IMC do género masculino. De referir que os valores de IMC são: < 5 baixo peso; $\geq 5 \leq 85$ normal; $>85 \leq 95$ excesso de peso e >95 obesidade.

Tabela 11. Peso, estatura e IMC e volume abdominal do género masculino (n=204).

	Média	DP	Mínimo	Máximo
Peso (Kg)	43,14	17,34	21	88,5
Estatura (m)	1,44	0,18	1,14	1,8
IMC (Kg/m ²)	19,79	4,01	11,13	31,01
VAbd (cm)	65,95	16,34	21	100,5

Na tabela 12 estão descritos os valores da média, desvio padrão, mínimo e máximo, relativamente ao peso, estatura e IMC do género feminino. De referir que os valores de IMC são: < 5 baixo peso; $\geq 5 \leq 85$ normal; $>85 \leq 95$ excesso de peso e >95 obesidade.

Tabela 12. Peso, estatura e IMC e volume abdominal do género feminino (n=210).

	Média	DP	Mínimo	Máximo
Peso (Kg)	41,12	15,63	17,20	81,6
Estatura (m)	1,42	0,17	1,13	1,82
IMC (Kg/m ²)	19,53	4,48	7,49	31,64
VAbd (cm)	63,09	11,36	20	91

Discussão

Neste estudo podemos verificar que os participantes do sexo masculino 76,9% e do sexo feminino 87,3% escovam os dentes antes de deitar, não havendo uma grande diferença entre os dois sexos. No entanto é de salientar que dos inquiridos do sexo masculino 1% referiram nunca escovar os dentes.

Alguns rapazes 8,7% e algumas raparigas 3,6% responderam que só lavam os dentes às vezes, sendo por isso um grupo de crianças susceptível a apresentar um maior risco de cárie dentária.

Através da análise dos resultados obtidos, é possível constatar que a maioria dos inquiridos utiliza, quer escova 99,1%, quer pasta dentífrica 96,8% e apenas 6,9% usava fio dentário. Na realidade num estudo realizado por Castro (2009) também é dada pouca importância ao uso do fio dentário.

Os participantes deste estudo demonstraram conhecimentos na realização da técnica de escovagem, 76% do género masculino e 79,1% do género feminino referiram que os movimentos devem ser circulares na parte de fora e de vaivém na parte de dentro e na parte que mastiga.

É de salientar também o conhecimento da necessidade de escovar a língua nos rapazes 48,1% e nas raparigas 47,1%. No estudo de Rocha (2013) também foi verificado o conhecimento das correctas técnicas de escovagem e a necessidade de escovar a língua. No entanto, uma percentagem de inquiridos do sexo masculino 11,5% respondeu que apenas é necessário bochechar com um líquido e (7,3% do sexo feminino que se deve escovar bem só a parte de fora.

Em relação à questão sobre quanto tempo se deve lavar os dentes 45,2% dos rapazes referiu escovar os dentes por um período superior a um minuto e inferior a 2 minutos, assim como 40% das raparigas.

Por outro lado, apenas 8,7% dos rapazes referem não saber responder a esta questão e 7,3% das raparigas refere que escova os dentes num tempo inferior a 30 segundos.

Um dado importante encontrado neste estudo é o facto de apenas 26,9% dos rapazes responderam que visitavam o médico dentista uma vez por ano e 3,8% todos os meses. De referir que 13,5% respondeu nunca visitar o médico dentista.

Quanto às raparigas 20,9% responderam uma vez por ano, no entanto 4,5% das inquiridas referem todos os meses e nunca. Na realidade, estes dados foram também referidos por Castro (2009). De facto podemos observar que ainda há muito para trabalhar no sentido da prevenção da saúde oral.

Neste estudo verificaram-se os seguintes resultados nas perguntas “a que horas costumam deitar-te à semana”, e “ a que horas costumam levantar-te à semana”, verificando-se que na primeira situação o género feminino 0,9% é o que mais tarde se deita.

Na resposta à pergunta “ a que horas costumam deitar-te à semana”, 25% do género masculino respondeu às 21h00, verificaram-se outras respostas de apenas 1% de horários que vão desde as 19h30 até às 00h30. As raparigas 24,5% responderam às 21h00, enquanto 1% deu como resposta horários que vão desde as 21h15 até às 3,00 da manhã.

Foi também colocada a questão “ a que horas costumam levantar-te à semana”, 46,2% do género masculino respondeu às 7h00, apenas 1% respondeu às 10h00. As raparigas 48,2% responderam às 7h00, enquanto que 1% deram como resposta horários de 5h00 e 10h00.

Verificou-se mais uma vez uma diferença nos géneros na questão “tens problemas de sono ou dificuldade em adormecer” 79,8% dos rapazes respondeu não e 19,2% respondeu sim, sendo que 1,9% afirmou dificuldade em adormecer e 1,9% pesadelos. Das raparigas avaliadas, 66,4% responderam não e 33,6% afirmaram sim, sendo que 5,5% referiu dificuldade em adormecer e 4,5% falta de sono. De facto, o sexo feminino mais uma vez destaca-se por maior percentagem de resposta de dificuldade em adormecer e falta de sono em relação ao sexo masculino.

No que diz respeito à prática de exercício físico na escola 4,8% dos rapazes respondeu que não pratica e 94,2% pratica. As raparigas 5,5% não pratica e 94,5% pratica. Podemos constatar que entre os géneros não se verificam diferenças significativas em relação a esta questão.

No entanto, na questão colocada sobre se para além da Educação Física na escola, podemos verificar que uma maior percentagem do sexo feminino não realiza outra actividade física além da escola, neste caso o sexo masculino é o que maior percentagem tem de inquiridos que praticam outro tipo de exercício físico para além do efectuado na escola.

Quarenta e um por cento dos inquiridos não pratica outro tipo de exercício físico e 57,7% pratica outro tipo de exercício físico do sexo masculino.

O futebol é o desporto mais escolhido com 29,8% por parte dos participantes masculinos. No sexo feminino, 56,4% das inquiridas não pratica outro tipo de exercício físico e 43,6% pratica outro tipo de exercício físico. A natação é o desporto mais procurado no sexo feminino 9,1%.

Um outro factor importante abordado por este estudo foram os hábitos alimentares, nomeadamente se os inquiridos tomavam o pequeno-almoço, o lanche a meio da manhã e o lanche a meio da tarde, tendo sido verificados os seguintes resultados.

A maior parte dos participantes 96,2% do género masculino e 94,5% do género feminino, tomam o pequeno-almoço. E apenas 3,8% do género masculino e 5,5% do género feminino, não tomam o pequeno-almoço.

Dos participantes deste estudo, 82,7% do género masculino e 89,1% do género feminino lancham a meio da manhã, no entanto 17,3% do género masculino e 10% do género feminino, não lancham a meio da manhã.

Quanto ao lanche da tarde 90,4% do género masculino e 97,3% do género feminino, lancham a meio da tarde, e 8,7% do género masculino e 2,7% do género feminino, não lancham a meio da tarde. De facto verificámos que nesta população não é frequente a omissão de refeições.

Dos alimentos questionados, os resultados sobre os que mais eram consumidos foram os seguintes: ao pequeno-almoço, o leite (simples, achocolatado ou com cereais) é o alimento mais tomado tanto pelos rapazes 101,9%, como pelas raparigas 99,1%. O alimento menos escolhido é o chocolate e as batatas fritas pelos rapazes 1% em ambos e 1,8% das raparigas. Aparentemente não existem diferenças acentuadas entre os diferentes géneros.

Quanto ao lanche da manhã os resultados obtidos foram, o pão (simples, com manteiga, com queijo, fiambre ou doce) é o alimento mais ingerido, os rapazes 76%, e as raparigas (83,6%. O alimento menos ingerido é o chocolate, as batatas fritas e o chá pelos rapazes 1% e pelas raparigas o chá e o chocolate 0,9%. Mais uma vez se verifica que o pão é o alimento de eleição em ambos os géneros.

No lanche da tarde também não se notaram grandes diferenças, entre as preferências pelo tipo de alimento, os mais ingeridos são o pão (simples, com manteiga, com queijo, fiambre ou doce) é o alimento mais ingerido, pelos rapazes 88,5%, e as raparigas 100%.

O alimento menos ingerido é as batatas fritas pelos rapazes 1% e pelas raparigas o chocolate e as batatas fritas 0,9%.

Neste estudo foi também avaliado o peso com a média de 43,1Kg para o género masculino e 41,1Kg para o género feminino. Na estatura obtivemos como resultados no género masculino 1,44m e no género feminino 1,42m estatura de média. Para o IMC, o valor médio foi de 19,79Kg/m² para o género masculino e 19,53Kg/m² para o género feminino. E quanto ao volume abdominal o valor médio foi de 65,95cm para o género masculino e 63,09cm para o género feminino.

Conclusão

Após uma primeira breve revisão da literatura relacionada ao tema proposto e com os dados obtidos e analisados durante o estudo é possível concluir que, os bons hábitos de higiene oral e alimentares desempenham um papel fundamental para uma melhor saúde oral e para uma melhor saúde geral.

Ambos os géneros dos indivíduos avaliados têm informação no que respeita a bons hábitos de higiene oral, nomeadamente têm consciência do número de escovagens que devem efectuar diariamente, e que inclusive, a escovagem antes de deitar é sem dúvida das mais importantes, assim como, a técnica de escovagem, os instrumentos e os produtos a usar (a escova de dentes e pasta dentífrica).

É de salientar, tal como foi possível verificar noutros estudos, que é dada pouca importância ao fio dentário.

Alguns inquiridos ainda não visitaram o médico dentista, resultado que também se verifica noutros estudos.

Um dos resultados onde se observou maior disparidade nos resultados foi ao nível dos hábitos de sono, onde se concluiu que o género feminino numa percentagem de 0,9% respondeu 03h00; e 0,9% respondeu 02h00; é o que mais tarde se deita, já o género masculino respondeu apenas 1% de às 00h30.

Ambos os géneros tinham uma pequena percentagem que respondeu dificuldade em adormecer, e mais uma vez se verificou que no género feminino 5,5% se observou maior dificuldade em adormecer, enquanto no masculino apenas 1,9%. Estas referiram ainda 4,5% falta de sono, e os rapazes apenas 1,9% pesadelos. Seria interessante que estas variáveis fossem objecto de estudo no futuro ligado com os hábitos alimentares em crianças e adolescentes.

Verificou-se também quanto aos hábitos do exercício físico na escola, que os resultados são idênticos. No entanto denotou-se uma diferença nos hábitos do exercício físico para além do praticado na escola, o qual é o género masculino que tem maior percentagem.

Ao nível dos hábitos alimentares, não foram encontrados dados, que possam ser considerados negativos para a saúde oral deste grupo, pois de uma forma geral, as crianças e adolescentes demonstraram escolhas consideradas aceitáveis na sua dieta.

Neste estudo verificou-se que em relação às curvas de percentis do IMC os valores registados apresentam diferenças entre os géneros, sendo o do género masculino P10 mais baixo em relação ao género feminino que apresentou um valor mais alto P25.

De referir, no entanto, que os géneros masculino e feminino encontram-se dentro do valor de percentil considerado normal ($P \leq 85$ normal).

Este resultado demonstra que a saúde oral não é ainda considerada um bem de saúde necessário, pelo que é preciso trabalhar neste sentido, para haver mais informação junto dos responsáveis pelas crianças (pais, encarregados de educação), escolas e técnicos de saúde.

Bibliografia

Almeida A. F. M. Et al (2008). Análise do grau de conhecimento dos alunos do 5º ano do curso de odontologia da FOUFAL em relação ao “Padrão ideal” da escova dental. *Int J Dent, Recife*, 7(4), pp. 219-223.

Ankola A. V., Hebbal M., Eshwar S. (2009). How clean is the toothbrush that cleans your tooth? *Int J Dent Hygiene*, (7), pp.237–240.

Boscolo, R. Et al. (2007). Avaliação do padrão de sono, atividade física e funções cognitivas em adolescentes escolares. [em linha] disponível em: <Rev Port Cien Desp 7(1) 18–25> [Consultado em 29/09/2014].

Brandão, I. (2006). Cárie precoce: influência de variáveis sócio-comportamentais e do locus de controle da saúde em um grupo de crianças de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 22(6):1247-1256.

Carneiro, P. H. R. G. C. (2009). Prevalência de cárie dentária em crianças com excesso de peso e obesidade. Tese de licenciatura, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa. Pp 1- 40.

Castro, L. V. O. S. L. (2009). Saúde Comunitária- Análise Multidisciplinar da Condição oral de crianças em Idade Escolar: Perspectiva Clínica e Microbiológica. Tese de licenciatura, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa. Pp 1-62.

Cinar, A. B., et al. (2011). Interrelation between obesity, oral health and life-style factors among Turkish school children. *Clin Oral Invest*, 15, pp. 177-184.

Direção Geral de Saúde home Page. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-05dsmia-de-21022006.aspx>>. [Consultado em 03/07/2014].

Direcção Geral do Consumidor e FCNAUP. (2003). *A Nova Roda dos Alimentos*. Lisboa.

Gomes, L. M. Q. (2009). Hábitos de vida saudáveis e obesidade em jovens entre 20 e 25 anos. Monografia, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa. Pp 1- 67.

Saúde Oral, hábitos alimentares, hábitos de sono e actividade física em crianças e adolescentes portugueses

Gonçalves, M. et al (2012). Cárie dentária, disponibilidade de açúcar e fatores associados nas capitais brasileiras em 2003: um estudo ecológico. *Revista de odontologia da UNESP*. 41(6): 425-432

Gonçalves, S., Frias-Bulhosa, J., Santos, L., (2011). *Com o Sorriso aprendo a lavar os dentes*. Porto, Edições UFP.

Guedes, A. R. L. (2012). Hábitos Alimentares e Saúde Oral das Crianças. Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa. Pp 1- 48.

Guimarães, I. R. H. E. (2011). Hábitos Alimentares e Tabágicos dos Estudantes da Universidade Fernando Pessoa. Monografia, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa. Pp 1- 38

Gupta P., Gupta G. (2009). Tooth brush and tooth brushing. *Indian journal of dental sciences*, vol. 1 issue 2.

Laing E., Ashley P., Gill D., Naini F. (2008). An Update on Oral Hygiene Products and Techniques. *Dent Update*, 35, pp. 270-279

Pereira, A. G. et al (2010). Imunologia da Cárie Dentária. *Acta Med Port* 2010; 23: 663-668

Pereira, C. et al. Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. *Revista portuguesa de saúde pública*. 2013; 31(2): 158-165

PES – Plano Educação Para a Saúde “*Saúde Oral*” [em linha] disponível em: <http://www.dgicd.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=56>.

[Consultado em 22/07/2014].

Pires, I. C. G. R. (2009). A Influência da Saúde Oral na Qualidade de Vida. Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do porto. Pp1-199.

Saúde Oral, hábitos alimentares, hábitos de sono e actividade física em crianças e adolescentes portugueses

Ravasco, P. et al. Alimentação para a saúde, A relevância da intervenção dos médicos. Acta médica portuguesa; 2011 24(S4): 783-790.

Rocha, M. L. M. (2013). Avaliação da eficácia, na educação e prevenção da saúde oral, da apresentação do livro “Com o Sorriso aprendo a lavar os dentes”. Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa. Pp 1- 25.

Silva, S. (2009). Alimentação Saudável em Adolescentes. Monografia, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa. Pp 1- 87.

Silva, M. (2011). *Avaliação Nutricional e Composição Corporal*- 2ª edição. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa. ISBN 978-989-643-076-4, pp. 104-107.

Silva, R (2013). Alimentação, Saúde e Doença. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa. Porto.

Spínola, S., Silva, M-R. (2013). Hipersensibilidade dentária nos ginastas: consequências para o treino/competição e o contributo da alimentação. Revista ENGYM 1,3/4, pp. 10-11.

Torres, M. T. C. L. S. (2009). Hábitos Alimentares e Saúde Oral em Odontopediatria. Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do porto. Pp1-37.

Anexos

Consentimento Informado

Estudo Epidemiológico e Promoção da Saúde em crianças com idade escolar: Saúde Oral e Hábitos Alimentares em foco.

Este projecto consiste no estudo epidemiológico em crianças com idade escolar para aferição da condição oral: Avaliação de cárie; avaliação de saúde periodontal; avaliação da Higiene Oral; avaliação de fluorose dentária; avaliação de traumatismo dentário; avaliação da necessidade de tratamento ortodôntico; avaliação da estética dentária; avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral; Estudo epidemiológico em crianças com idade escolar para aferição estado nutricional; hábitos alimentares; actividade física; hábitos de sono.

Os Investigadores responsáveis deste projecto são: Professora Doutora Augusta Silveira; Professora Doutora Ana Moura Teles; Mestre Frias Bulhosa; Professora Doutora Raquel Silva; Professora Doutora Teresa Sequeira.

Estes elementos serão responsáveis pelo estabelecimento das directrizes gerais do projecto, pela supervisão e orientação científica, análise e tratamento dos dados, bem como pela disseminação dos resultados.

Os alunos participantes são: Ana Rua; Ana Rita Pires; Joana Duarte; Márcia Sousa; Sara Saraiva; Luíza Vilela; Sherida Mansur; que estarão envolvidos na recolha de dados, sua codificação e armazenamento bem como nas iniciativas no âmbito da Promoção da Saúde.

Todos os procedimentos decorrerão de acordo com os princípios definidos pela

Organização Mundial de Saúde. Não será realizado qualquer tipo de tratamento Dentário.

De forma a assegurar a confidencialidade dos dados, todos os questionários e declarações de consentimento informado serão separados e guardados em local seguro, de forma a garantir a impossibilidade de os emparelhar e aos quais só terá acesso, a equipa responsável pelo estudo.

Terminada a pesquisa, estes documentos serão destruídos.

Os questionários serão codificados e tratados estatisticamente.

Os Encarregados de Educação têm a possibilidade de optar por receber ou não, a informação recolhida do seu educando. Assim, devem indicar abaixo qual a sua opção, devolvendo este documento juntamente com o Consentimento Informado que se segue.

- Desejo receber a informação recolhida do meu educando.
- Não, desejo receber a informação recolhida do meu educando.

O encarregado de Educação:

_____.

O Investigador responsável:

_____.



Estudo epidemiológico e Promoção da Saúde em crianças em idade escolar: Saúde Oral e Hábitos Alimentares em foco

Este questionário serve para te conhecermos melhor quanto à tua saúde oral, os teus hábitos alimentares e de actividade física. Não há respostas certas ou erradas. Deves responder com sinceridade. Obrigada pela tua colaboração!

A. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Data de nascimento: __/__/__ 2. Género: F__ M__ 3. Idade: ____ (anos)
4. Escolaridade: ____ (anos completos) 5. Agrupamento Escolar: Murça__ Alijó__
6. Concelho de residência: _____ 7. Agregado familiar: pais__ irmão(s)__ irmã(s)____ avó(s)____ outro _____

B. DADOS DA SAÚDE ORAL

1. Gostas de lavar os dentes?

- a) Sim
- b) Não

1.1 Se sim, porquê?

- a) Gosto do sabor da pasta
- b) Gosto de sentir a boca fresca
- c) Gosto de ter os meus dentes limpos
- d) Outro. Qual? _____

1.2 Se não, porquê?

- a) Sinto dificuldade
- b) Tenho preguiça
- c) Sabe-me mal a pasta
- d) Demora muito tempo
- e) Outro. Qual? _____

2. Quando escovas os dentes?

- a) De manhã, antes do pequeno-almoço
- b) De manhã, depois do pequeno-almoço
- c) Depois do almoço
- d) Antes de deitar
- e) Nunca
- f) Às vezes

3. O que usas para lavar os dentes?

- a) Escova
- b) Escovilhão
- c) Fita/ fio dentário
- d) Pasta dentífrica (pasta dos dentes)
- e) Elixir/ colutório (líquido para bochechar)
- f) Dedo

4. Como deves lavar os dentes?

- a) Movimentos circulares na parte de fora e de vaivém na parte de dentro e na parte que mastiga
- b) Escovar sempre a língua
- c) Usar só líquido para bochechar
- d) Escovar bem só a parte de fora (que é a parte que se vê)

5. Lavo os dentes durante...

- a) Menos de 30 segundos
- b) Mais de 30 segundos
- c) Mais de 1 minuto e menos de 2 minutos
- d) Não sei
- e) Outro. Qual? _____

6. Que cuidados deves ter com a escova de dentes? (escolhe apenas 1 opção)

- a) Emprestá-la aos meus amigos, sempre que eles se esqueçam da deles
- b) Trocar todos os meses, mesmo que os pelos não estejam deformados
- c) Escolher sempre uma escova eléctrica
- d) Escolher uma escova macia

7. A escova de dentes é só tua?

- a) Sim
- b) Não

8. Utilizas suplementos de flúor?

- a) Comprimidos
- b) Bochechos
- c) No dentista
- d) Não uso

9. Tomas algum medicamento frequentemente?

- a) Comprimidos
- b) Xarope
- c) Outros _____
- d) Não tomo

10. Quais destas opções podem indicar que tens uma cárie?

- a) Manchas nos dentes
- b) Ter dentes muito grandes
- c) Buracos nos dentes
- d) Língua comprida
- e) Ter dentes tortos

11. Onde te ensinaram a lavar os dentes pela primeira vez?

- a) Em casa
- b) Na escola
- c) No centro de saúde
- d) No dentista
- e) Nos meios de comunicação social (televisão, jornais, rádio, revistas)
- f) Nunca me ensinaram
- g) Não me lembro
- h) Outro. Qual? _____

12. Escovas os dentes na escola?

- a) Sim
- b) Não

13. Na minha escola...

- a) O meu professor(a) já me falou sobre a saúde da boca
- b) Já fomos visitados por pessoas que nos falaram sobre a saúde da boca
- c) Não me lembro de ouvir falar sobre a saúde da boca

14. Já alguma vez foste ao dentista?

- a) Sim
- b) Não

14.1. Se sim, que idade tinhas na primeira vez?

- a) _____ anos
- b) Não me lembro

14.2. Porque é que foste?

- a) Para ver a saúde dos dentes (rotina)
- b) Porque tinha problemas nos dentes (cárie, apinhamento, ...)
- c) Porque me doíam os dentes
- d) Outro. Qual? _____

15. Quantas vezes vais ao dentista?

- a) Todos os meses
- b) De 3 em 3 meses
- c) De 6 em 6 meses
- d) 1 vez por ano
- e) Nunca
- f) Não sei
- g) Outro. Qual? _____

C. ESTADO NUTRICIONAL, HÁBITOS ALIMENTARES, EXERCÍCIO FÍSICO E DESENVOLVIMENTO

1. Peso: ___ Kg 2. Estatura: ___ m 3. IMC: ___ kg/m 4. VAbd: ___ cm

5. Já és menstruada? Sim ___ Não ___

5.1.1 Se sim, desde que idade? ___ anos

5.1.2. O teu período é irregular? Sim ___ Não ___

6.1. A que horas costumas deitar-te à semana (de Domingo a 5ª feira)? ___h ___mins

6.2. A que horas costumas levantar-te à semana (de Domingo a 5ª feira)? ___h ___mins

6.3. A que horas costumas deitar-te ao fim-de-semana (de 6ª feira a Sábado)? ___h ___mins

6.4. A que horas costumas levantar-te ao fim-de-semana (de 6ª feira a Sábado)? ___h ___mins

6.5. Tens problemas de sono ou dificuldade em adormecer? Sim ___ Não ___

6.5.1. Se sim, qual(ais)? _____

7. Tomas ou já tomaste (*riscar o que não interessa*) algum medicamento ou suplemento vitamínico e/ou mineral?

Sim ___ Não ___ 7.1. Se sim, qual(ais)? _____

8. Sofres de alguma doença que exija cuidados médicos regulares? Sim ___ Não ___

8.1. Se sim, qual(ais)? _____

9. Realizas aulas práticas de Educação Física na escola? Sim ___ Não ___

10. Para além das aulas de Educação Física na escola, praticas outro tipo de exercício físico? Sim ___ Não ___

10.1. Se sim, qual(ais) a(s) modalidade(s) praticada(s)? _____

10.2. Quantas vezes por semana? _____ 10.3. Quantas tempo por dia? _____

10.3. Que tipo de prática desportiva praticas? Recreativa Federada

10.4. Época do ano em que pratica? Todo o ano ___ Mais no Verão ___ Mais no Inverno ___

11. Tomas sempre o pequeno-almoço? Sim ___ Não ___ 11.1. Se sim, onde? _____

12. Lanchas sempre a meio da manhã? Sim ___ Não ___ 12.1. Se sim, onde? _____

13. Lanchas sempre a meio da tarde? Sim ___ Não ___ 13.1. Se sim, onde? _____

14. Levas o lanche de casa ou compra na escola? _____

15. O que costumam comer ao:

Alimentos	Pequeno-almoço	Lanche da manhã	Lanche da tarde
Pão simples			
Pão com manteiga			
Pão com queijo			
Pão com fiambre			
Pão com doce			
Leite simples			
Leite achocolatado			
Leite com cereais			
logurte			
Batido de fruta			
Sumo fruta natural			
Sumos			
Refrigerantes			
Bebidas energéticas			
Chá			
Bolachas			
Bolos			
Batatas fritas			
Chocolate			
Fruta			
Outros			
Nenhum			

16. Indica o que costumam comer ao almoço ou ao jantar: [assinalar apenas 1 opção com uma cruz(x)]:

Alimentos	Todos os dias	1x/dia/semana (riscar o que não interessa)	2-3x/dia/semana (riscar o que não interessa)	4-5x/dia/semana (riscar o que não interessa)
Carne				
Pizza				
Fruta				
Peixe				
Hamburguer				
Água				
Batata frita				
Refrigerantes (ice-tea, coca-cola, bongo)				
Sopa				
Gelados				
Bolachas				
Chocolates, gomas, chiclets				
Bolos				

17. Qual(ais) o(s) teu(s) alimento(s) preferido(s)? _____

18. Qual(ais) o(s) teu(s) alimento(s) preterido(s)? _____

Obrigada pela tua colaboração!

