
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO
DA UNIVERSIDADE DO PORTO**



**A QUALIDADE DA DIETA MEDITERRÂNEA NUMA
POPULAÇÃO JOVEM DO SUL DE PORTUGAL**

PEDRO MIGUEL DOS SANTOS

2002/2003

**A QUALIDADE DA DIETA MEDITERRÂNEA NUMA POPULAÇÃO JOVEM DO
SUL DE PORTUGAL**

À minha Mãe que sempre acreditou nas minhas capacidades e ambições;

Ao meu Pai que sempre me ensinou a “lutar” com prudência e perspicácia;

E à minha Avó que me viu sair do Algarve e não me viu regressar...

Agradecimentos

Especiais

António Costa (Secção de Educação da CMT)

Mestre Bruno Oliveira (FCNAUP)

Mestre Filipe Beato (Secção de Educação/Projectos Educativos da CMT)

Pais

Mestre Pedro Graça (FCNAUP)

Dra. Teresa Sancho (Sub-Região de Saúde de Faro)

Adicionais

Dra. Carla Afonso (Nutricionista da Escola de Hotelaria e Turismo do Porto)

Dra. Clara Cabrita (CMT)

Departamento de Obras Municipais, Equipamento e Ambiente (CMT)

Irmandade *Bacus*

Arq. Miguel Estevão

Sara Romão (CMT)

Dra. Tânia Franco (Nutricionista da Câmara Municipal do Porto)

Teresa Barros (CMT)

ÍNDICE



LISTA DE ABREVIATURAS

1 - RESUMO	1
2 - INTRODUÇÃO	2
2.1 - Dieta Mediterrânea - Modelo de alimentação saudável?	3
2.1.1 - Virtudes	5
2.1.2 - Efeitos fisiológicos	6
2.2 - Hábitos alimentares contemporâneos	8
2.3 - Importância da alimentação na saúde da criança e adolescente	9
2.4 - Caracterização da Região Algarvia	12
2.5 - Caracterização do Concelho de Tavira	14
2.5.1 - Ocupação agrícola	15
2.5.2 - Demografia e população	16
3 - OBJECTIVOS	20
4 - MATERIAL E MÉTODOS	21
5 - RESULTADOS	28
6 - DISCUSSÃO	44
7 - CONCLUSÕES	49
8 - BIBLIOGRAFIA	51
ANEXOS	

LISTA DE ABREVIATURAS

CMT - Câmara Municipal de Tavira

DHA - *Docosahexaenoic acid*

EPA - *Eicosapentaenoic acid*

EUA - Estados Unidos da América

EURATOM - *European Atomic Energy Commission*

FCNAUP - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do
Porto

HDL - *High-density lipoprotein*

HTA - Hipertensão Arterial

LDL - *Low-density lipoprotein*

MUFA - *Monounsaturated fatty acid*

PUFA - *Polyunsaturated fatty acid*

RDA - *Recommend dietary allowances*

VAB - Valor Acrescentado Bruto

1 - RESUMO

A relação entre alimentação e saúde tem sido objecto de numerosos estudos epidemiológicos em todo o mundo. O Sul de Portugal, e em especial Tavira, um dos seus concelhos mais meridionais, apresenta um conjunto de condições, climáticas e de flora muito semelhantes à bacia mediterrânica. Contudo, ainda não foi estudada de forma sistemática a ingestão alimentar nesta região. Face às mudanças sociais e culturais produzidas nos últimos tempos em Portugal, as populações jovens poderão ser aquelas mais susceptíveis à mudança ^(1, 2, 3, 4).

Foi objectivo geral deste trabalho, analisar os hábitos alimentares de uma população jovem escolarizada do Concelho de Tavira, através da administração de um questionário. Realizou-se um estudo epidemiológico observacional de desenho transversal onde foram inquiridos 1952 jovens, com idades compreendidas entre os 3 e 19 anos, inscritos no pré-escolar, 1º, 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico. Foi observada a relação entre os hábitos alimentares praticados e as variáveis sócio-económicas e geográficas de interesse, e foi avaliada a qualidade da dieta mediterrânica praticada. Para a avaliação da qualidade da dieta mediterrânea recorreu-se ao Índice *KIDMED*, instrumento de inquirição pertencente ao estudo enKid ⁽⁵⁾, um dos mais importantes estudos epidemiológicos realizados em Espanha, em jovens e adolescentes.

Foram encontradas diferenças significativas entre algumas variáveis. Seguindo o Índice proposto, os dados obtidos parecem-nos indicar 12,7% dos inquiridos com uma "Dieta de baixa qualidade", 63,0% de "Dieta com necessidade de ajustes" e 24,4% de "Dieta Mediterrânea".

2 - INTRODUÇÃO

Este trabalho teve como objectivo conhecer melhor as relações entre os hábitos alimentares de uma população jovem do Concelho de Tavira e suas características sócio-demográficas.

Estando estas relações intimamente ligadas, e a implementação de soluções relacionada com as características ambientais da região (geológicas, fauna, flora, climáticas), foi realizada uma análise documental do contexto ambiental onde esta comunidade educativa se insere, tendo sido avaliada paralelamente a qualidade da dieta mediterrânea existente.

Foi também feita uma breve revisão do possível papel das Câmaras Municipais sobre a qualidade de vida das populações, sobre as implicações da alimentação na saúde dos mais jovens, e sobre o conceito de Dieta Mediterrânea.

O conhecimento profundo pelas autarquias dos hábitos alimentares das populações escolares deve constituir uma prioridade para quem tem o poder conferido pela legislação para gerir os refeitórios escolares. Para que esse conhecimento existisse, foi feito pela primeira vez, um estudo sobre os hábitos alimentares da população escolarizada do Concelho de Tavira.

Tendo como ponto de partida a diversidade natural do enquadramento geográfico do Concelho de Tavira, possuidor de características próprias e de perfil de região tipicamente mediterrânica, realizou-se a avaliação da qualidade da dieta mediterrânea, nas populações que pela sua natureza estão em constante mudança, os jovens e adolescentes.

2.1 - Dieta Mediterrânea - Modelo de alimentação saudável?

Existem três modelos de alimentação que têm vindo a ser associados com boa saúde e longevidade: o Chinês, o Japonês e o Mediterrâneo. Estes modelos estão claramente fundamentados em estudos de carácter ecológico ^(7, 8, 9). A dieta mediterrânica faz parte destes modelos e é um dos padrões alimentares mais saudáveis do planeta, convicção esta que é fortemente corroborada por diversos estudos epidemiológicos e experimentais que provam que os países da bacia mediterrânea (Anexo 1) possuem taxas de mortalidade por doenças crónicas mais baixas e de esperança de vida mais elevada ⁽⁵⁾.

Foi Ancel Keys e colaboradores que na década de 50-60 identificaram uma relação entre os hábitos alimentares "mediterrânicos" e um menor risco para as patologias do foro cardiovascular. O interesse de Keys pela alimentação mediterrânica nasce quando vem à Grécia, Itália e Espanha estudar o porquê da reduzida incidência de doenças ateroscleróticas nas suas populações, e nos emigrantes desses países que, nos Estados Unidos, continuam fiéis às tradições alimentares de origem.

Apesar do conceito de dieta mediterrânea ter ganho popularidade na comunidade científica e na população em geral, não existe uma só dieta mediterrânea, mas sim tantas dietas como países que constituem a bacia Mediterrânea. Define-se então que a dieta mediterrânea seria a alimentação que se fazia nos países do sul da Europa no início da década de 60, considerando-se a dieta de todos estes países variantes de um modelo teórico comum.

No estudo dos 7 países, de Keys foi observada uma associação positiva entre ingestão de ácidos gordos saturados e colesterol plasmático e entre colesterol plasmático e mortalidade por doença coronária. Nos 3 países

mediterrânicos que participaram no estudo (Grécia, Itália e ex-Jugoslávia) e que tinham, tal como o Japão, taxas de mortalidade por doença coronária claramente mais baixas, a percentagem de calorias totais na alimentação fornecida por ácidos gordos saturados era substancialmente inferior à dos países do Norte e Centro da Europa (Finlândia e Holanda) e dos EUA.

A dieta mediterrânea, era então entendida como a dieta que se fazia na Grécia (Creta e Corfu), sul de Itália e ex- Jugoslávia.

Na década de 80, outros cientistas de países do sul da Europa, nomeadamente de Espanha e Portugal, mostraram que os seus países apresentavam um padrão de ingestão alimentar muito semelhante da Grécia e Itália ⁽¹¹⁾ . Chegou mesmo a ser afirmado que Portugal tinha a dieta mais mediterrânea dos países mediterrânicos, por ser a que tinha menor percentagem de ácidos gordos saturados e de calorias de origem animal ⁽¹¹⁾ .

Willet, Thichopoulos, Ferro-Luzzi e Helsing ^(11, 12, 13) definiram a dieta mediterrânea como sendo a alimentação que se fazia na Grécia e no sul da Itália no início dos anos 60. No entanto, existiriam variantes desta dieta mediterrânea em outras partes da Itália, em partes da França, em Portugal, Espanha, Marrocos, Líbia, Tunísia, Turquia e em outras áreas da região mediterrânea ^(5, 13, 14, 15, 16) .

Tratar-se-ia, de uma dieta rica em produtos de origem vegetal (produtos hortícolas, frutos, pão e cereais, batata e leguminosas secas), em que o azeite era a principal fonte de gordura, os produtos lácteos (principalmente queijo e iogurte) eram consumidos em quantidades pequenas e moderadas, as carnes, nomeadamente as carnes vermelhas, eram utilizadas em quantidades reduzidas, era dada a preferência às carnes brancas, e o vinho era consumido geralmente às

refeições e em quantidades pequenas ou moderadas. Este padrão alimentar traduzia-se numa baixa ingestão de ácidos gordos saturados ^(17, 18, 19, 20).

2.1.1 - Virtudes

São inúmeros os estudos realizados em diversos países sobre as relações entre a alimentação e saúde para o melhor conhecimento dos benefícios da dieta mediterrânea na Saúde Humana.

A primeira tentativa foi feita em 1948 pela Fundação *Rockefeller*, anos mais tarde, foi realizado o estudo dos 7 países de Keys, posteriormente seguiram-se o *EURATOM* e o *Lyon Diet Heart Study* ^(12, 21, 22). Em todos estes estudos começou-se por observar a relação entre patologias crónicas (por exemplo, o cancro e doenças cardiovasculares) com o tipo de alimentação praticada na bacia mediterrânea ^(23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32).

Todos estes trabalhos serviram de incentivo para a prossecução de outros estudos epidemiológicos sobre a dieta mediterrânea.

Entidades como a *American Heart Association* (AHA) ou o *United States Department of Agriculture* (USDA) elaboraram vários documentos educativos dirigidos a população do EUA tendo como princípio, o padrão alimentar mediterrâneo ⁽³⁴⁾.

Apesar das diferenças intra e inter dos países que constituem a bacia mediterrânea, o modelo alimentar praticado tem uma base comum, a diversidade e o equilíbrio ^(34, 35, 36, 37, 38, 39, 40).

A dieta mediterrânea tradicional é constituída por 7 componentes fundamentais: (1) Relação elevada de ácidos gordos monoinsaturados/saturados (2) elevado consumo de produtos hortícolas (3) elevado consumo de cereais (4)

elevado consumo de frutas (5) baixo consumo de carne e seus derivados (6) moderado consumo de leite e seus derivados e (7) moderado consumo de vinho (41).

Os pratos normalmente servidos incluem grandes quantidades de massa e/ou pães integrais, as refeições são confeccionadas no momento; as sopas e saladas são consumidas em grandes quantidades, sendo ricas em azeite e em produtos hortícolas. O consumo de leite é moderado, sendo o consumo de queijo ocasionalmente elevado. A carne e o pescado são usados com relativa modéstia, apesar de o pescado ser de uso frequente nas zonas costeiras. O vinho é consumido com moderação, geralmente durante as refeições em muitos países da bacia mediterrânea. Contudo, nos países muçulmanos o consumo de álcool é proibido (42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51).

2.1.2 - Efeitos fisiológicos

As investigações comprovam, que certos esteróis de plantas (por exemplo; campesterol e β -sitosterol) em trigo integral, milho e em óleos vegetais inibem a absorção de colesterol pelo organismo. Os tocotrienóis mostraram inibir a síntese do colesterol endógeno; os terpenos das ervas e especiarias mostraram aumentar as concentrações do colesterol HDL (12).

O consumo de produtos hortícolas está correlacionado inversamente com a incidência de vários tipos de cancro; estes alimentos são particularmente ricos em antioxidantes naturais e nutrientes como as vitaminas C, E, e A, e β -caroteno; outras substâncias como o licopeno (existente por exemplo, no tomate), sulfidos (cebola e alho), glucosinolatos, ditiotionas, e ubiquinona; e, todos os polifenóis

como as hidroxitirosol e ácido cafeico, e bioflavonoides como quercetina, antiocianinas, procianidinas, e taninos ^(12, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 66).

Os derivados de ácido fenólico também estão presentes numa grande variedade de alimentos de origem vegetal, como as frutas e as folhas verdes ⁽¹²⁾.

São inúmeros os estudos ^(59, 60, 61, 62, 64, 65) que relatam os efeitos protectores dos ácidos gordos polinsaturados (PUFA) e dos ácidos gordos monoinsaturados (MUFA) na prevenção de doença cardiovascular.

Os ácidos gordos polinsaturados (ω -3) - especialmente os ácidos docosahexanoico (DHA) o eicosapentanoico (EPA) são encontrados em várias espécies de peixes (ex, salmão, cavala, sardinha, atum). O α - linolénico (ω -3), é encontrado em alguns produtos de origem vegetal (ex. nozes, óleo de soja, germe de trigo). O ácido β - linoléico (ω -6), é encontrado nos óleos vegetais (açafrão, milho, soja, girassol). Os ácidos gordos monoinsaturados são encontrados predominantemente no azeite, frutos secos, óleo de peixes e gordura animal ⁽³⁴⁾.

Os ácidos gordos da série (ω -6), favorecem a diminuição dos valores séricos de lipidos e de colesterol plasmático e em menor proporção do HDL, que tem efeito protector do aparecimento da aterosclerose. Os ácidos gordos da série (ω -3), têm uma acção antiaterogénica e antitrombogénica, reduzem a fracção LDL e aumentam o colesterol HDL ⁽⁵⁾.

Diversos estudos ^(42, 63) demonstraram que o ácido oleico (MUFA) a gordura predominante do azeite é capaz de fazer baixar o colesterol sérico, os níveis de LDL, a tensão arterial, assim como de inibir a oxidação do LDL, melhorar a sensibilidade à insulina, inibir a agregação plaquetária e possuir uma acção antiaterogénica e antitrombogénica.

2.2 - Hábitos alimentares contemporâneos

Karamanos ⁽⁶⁷⁾ e colaboradores, estudaram os hábitos alimentares dos vários países da bacia mediterrânea, entre os quais Grécia, Itália, Argélia, Bulgária, Egipto e ex-Jugoslávia, e verificaram que o fenómeno da ocidentalização é cada vez maior nestes países.

Em Espanha, o consumo de proteínas chega a atingir 200% do recomendado diariamente, e a média de ingestão de gorduras é de 37% da energia total ingerida ⁽⁶⁸⁾.

Tanto em Espanha no seu todo, como em diversas Comunidades Autónomas, apesar de permanecerem fieis às suas tradições mediterrâneas, já existem algumas alterações no modelo alimentar praticado. Aranceta ^(68, 69) e seus colaboradores observaram aumentos nos consumos de carne e seus derivados, leite e derivados, assim como, aumentos da gordura de adição nos pratos cozinhados.

Vários estudos realizados em crianças e adolescentes espanhóis de diversas Comunidades Autónomas, demonstraram que o colesterol sérico total aumentou nas últimas décadas ^(11, 71, 72, 73, 74).

Na Grécia, em 1992, Petridou ⁽¹¹⁾ e outros, demonstraram que 307 adolescentes dos 12 aos 18 anos, revelaram níveis séricos de colesterol superiores aos encontrados nos adolescentes gregos na década de 70 e similares aos observados nos países do norte da Europa na mesma década.

Em Itália, também em 1992, Giovannini ⁽¹¹⁾ e outros, num estudo realizado em 361 crianças de idade escolar de Milão encontraram valores muito mais elevados que em Nápoles no final da década de 70.

Em Portugal, de acordo com o Inquérito Alimentar Nacional ⁽⁷⁰⁾ de 1980, em 2355 adolescentes, as gorduras representavam 32% da energia total ingerida e revelou também uma elevada percentagem de adolescentes que tinham uma ingestão de micronutrientes como o cálcio e o ferro, abaixo de 70% das RDAs, especialmente nas áreas rurais.

Em Lisboa, Perdigão ⁽⁷⁰⁾ em 1995 verificou que em 68 adolescentes escolarizados, as gorduras representam 33% das calorias totais, o que poderá indicar que a ingestão de gorduras está a aumentar nos adolescentes portugueses à semelhança do que acontece com a população em geral.

Trabalhos apresentados na década de 70 e 90, por Peres e Moreira ⁽⁷⁰⁾, em estudantes adolescentes dos 12 anos aos 19 anos do Porto, Braga e Penafiel, verificou-se um aumento da prevalência de obesidade, que os autores relacionaram com uma diminuição da actividade física.

2.3 - Importância da alimentação na saúde da criança e adolescente

Os hábitos alimentares são formados sobretudo durante a infância e tendem a manter-se ao longo da vida. São condicionados em parte pelos alimentos disponíveis e influenciados por factores de ordem fisiológica, sócio-cultural e psicológica ^(70, 75).

Alguns modelos teóricos classificam os factores que influenciam os hábitos alimentares dos jovens e adolescentes em 4 níveis: influências pessoais (intrapessoais), influências sociais (interpessoais), influências do espaço comunitário e influências do macroambiente social ⁽⁵⁾.

Sabe-se actualmente que o tipo de alimentação praticado durante as etapas da vida em que se processa o crescimento e a maturação biológica vai

tornar-se determinante na saúde e bem-estar dos jovens e dos adultos que virão a ser mais tarde. Uma alimentação equilibrada é essencial para um crescimento e desenvolvimento harmoniosos da criança e do adolescente. A alimentação saudável é essencial durante a infância e a adolescência para o desenvolvimento máximo permitido pela herança genética.

O adolescente em maturação necessita de nutrientes específicos, sendo no entanto, variáveis as necessidades energéticas e nutricionais a nível individual ⁽⁷⁰⁾. Os adolescentes são vulneráveis do ponto de vista nutricional, devido às suas práticas alimentares peculiares e às suas elevadas necessidades de energia e nutrientes. São frequentemente observados défices de cálcio e de ferro em populações jovens, em estudos no sul da Europa ⁽⁷⁰⁾.

É a cultura que cria um sistema de comunicação para definir o que é ou não comestível e qual a ordem e composição das refeições ⁽⁷⁵⁾. Cada grupo transmite as suas práticas alimentares através do ensinamento dado às crianças, transmitindo as práticas às sucessivas gerações. Os hábitos alimentares, fortemente influenciados por uma matriz cultural, estão sujeitos a constante evolução, a qual acompanha o dinamismo de cada sociedade ^(76, 77, 78, 79).

A educação assume um papel fulcral no adquirir e assimilar de conhecimentos relacionados com a alimentação, bem como de estilos de vida saudáveis, onde o padrão alimentar da dieta mediterrânica faz parte integrante. Uma alimentação equilibrada, desde que segura sob o ponto de vista microbiológico, é essencial para o crescimento e desenvolvimento harmoniosos de cada criança ou jovem adolescente, favorecendo o sucesso e a aprendizagem. A preservação de hábitos alimentares saudáveis é um suporte essencial para a saúde na vida adulta com repercussão nos gastos com saúde, na produtividade e

na qualidade de vida. Melhorar a qualidade da alimentação é um meio positivo e economicamente viável de melhorar a saúde. Actualmente existem poucas dúvidas a respeito da importância da alimentação na prevenção de determinadas patologias que condicionam a mortalidade e a qualidade de vida do adulto. São diversos os estudos que demonstram a associação entre ingestão alimentar e diversas patologias (por exemplo, cancro, hipertensão e complicações cardiovasculares) ^(23, 28, 29, 30).

Nos últimos anos, nos países industrializados, o excesso de peso e obesidade estão a atingir proporções epidémicas nas crianças, nos adolescentes e nos adultos jovens. A obesidade é o mais importante factor de risco de hipertensão arterial (HTA) e associa-se com perfis lipídicos anormais durante a infância e a adolescência. Vários são os estudos que demonstraram a persistência de obesidade iniciada na infância ou na adolescência na vida adulta ^(5, 70, 78). Os adolescentes obesos parecem ter uma probabilidade maior de serem adultos obesos do que as crianças obesas.

Outro grave problema de saúde pública no mundo ocidental são as patologias cardiovasculares. A sua prevenção deverá ser feita na idade pediátrica e nas fases de crescimento ⁽⁵⁾.

Os três factores fundamentais que condicionam a prevenção das complicações cardiovasculares devem realizar-se na infância, são eles; as lesões aterogénicas que vão dar lugar ao acidente vascular cerebral (AVC) têm início e desenvolvem-se na idade pediátrica; o factor ambiental é sem dúvida importante no adquirir dos hábitos saudáveis na criança, já que estes vão permanecer na vida adulta. O factor genético que é regulado pelo factor ambiental, também é importante pela presença ou não nos factores de risco ⁽⁵⁾.

A monitorização dos consumos/hábitos alimentares e do estado nutricional reveste-se portanto de importância primordial pelo seu grande valor predictivo em relação à morbilidade e mortalidade nas idades mais avançadas.

2.4 - Caracterização da Região Algarvia

No extremo ocidental da Península Ibérica, no Sul de Portugal, o Algarve individualiza-se facilmente do resto do país, não só pela sua localização periférica, mas também pelas suas características morfológicas e geológicas. Apesar da sua singularidade, a região apresenta internamente diversidades de ordem vária, condicionadas principalmente pela geologia, que permite subdividir o Algarve em três sub-regiões:

A Serra, que ocupa cerca de 50% do território regional e onde reside apenas 9% da população, isola o Algarve das influências climáticas do Norte. Os solos desta zona, constituídos sobretudo por xistos e grés, são pobres, o que condiciona e reduz o tipo e as possibilidades de exploração agrícola. Tal situação, em conjunto com a grande atractividade exercida pelo litoral, tem contribuído para uma progressiva regressão demográfica o que, contudo, permitiu a preservação dos ecossistemas e dos recursos endógenos da zona.

O Barrocal, engloba cerca de 25% da área da região e concentra 21% da população algarvia. Trata-se de uma zona de grande valor paisagístico, onde predominam os maciços calcários que propiciam solos de elevada capacidade agrícola e que, simultaneamente, oferecem boas condições de retenção de água, importantes para a alimentação dos aquíferos existentes no Barrocal e Litoral.

O Litoral, corresponde a uma faixa estreita junto à costa, apresenta os melhores solos agrícolas e importantes zonas húmidas protegidas. É no litoral que

se concentra o essencial da actividade económica regional e os principais centros urbanos do Algarve. O clima possui características mediterrânicas, com um período de carência de chuvas muito marcado e algumas ocorrências de precipitação concentrada que por vezes originam focos de cheias.

Associando este regime à ocorrência de temperaturas e valores médios de insolação elevados, conclui-se facilmente pela existência de um clima caracterizado por invernos suaves, verões longos e quentes, uma precipitação da ordem dos 400-500 mm anuais no litoral e a escassa incidência de geadas e nevoeiros, ou seja, um clima tipicamente mediterrânico, com características de semi-aridez no litoral.

Em termos económicos podem-se identificar três pólos de desenvolvimento na região algarvia:

O Turismo, o verdadeiro motor de crescimento económico de Algarve levando por arrasto outros sectores como o comércio e a construção civil, é responsável por 38% do VAB regional;

A Agricultura onde coexistem praticas e culturas tradicionais (frutos secos e produções de subsistência), actividades modernas e rentáveis viradas para o mercado (hortícolas e frutos frescos onde se destacam os citrinos), tem como limitação, ter de concorrer com o Turismo na utilização dos solos e na procura de mão-de-obra;

A Pesca, com grande importância a nível nacional, tem assistido a uma quebra no seu rendimento devido, entre outros factores, ao atraso tecnológico da frota e à sobre-exploração de alguns recursos ^(80, 81).

2.5 - Caracterização do Concelho de Tavira

Com 609 km² de superfície, o Concelho de Tavira (Anexo 2) é o terceiro maior dos 16 Concelhos que constituem o Algarve. Está situado na zona do Sotavento e a sua paisagem natural tem o privilégio de ser atravessada pelas três unidades naturais (Anexo 3) distintas do Algarve - Litoral, Barrocal e Serra. Cerca de 70% da área concelhia é constituída por povoamentos florestais e matas, 23% é ocupada pela agricultura e as áreas urbanas representam 5% do território.

O Concelho representa um largo predomínio da Serra, como uma ampla reserva de espaço a ocupar e a explorar, enquanto que o Litoral pouco mais representa do que uma faixa estreita de solos ricos e com razoável densificação urbana. Entre uma e outra destas unidades introduz-se em cunha, constituindo uma faixa de transição, a parte terminal da grande mancha do Jurássico Superior que, nesta área, representa o Barrocal.

Do ponto de vista económico e social, é de salientar a importância do Parque Nacional da Ria Formosa na estabilização da costa, e o papel relevante que desempenha nas actividades piscatórias. Exemplos disso são as quantidades de bivalves e de peixes de valor comercial que aqui se reproduzem e desenvolvem. São exemplos, dourada, sargo, robalo, taíinha, safio, biqueirão, amêijoia-boia, berbigão, conculha, búzio, polvo, choco, lula e camarão.

No Barrocal estende-se uma vasta zona que apresenta características completamente diferentes de Tavira, cidade. Os montes são cobertos de hortas, pomares, amendoeiras, figueiras e oliveiras.

Na Serra, as zonas de arenitos e calcários existem muitas courelas divididas por muros de pedra de calcário que são cultivadas de cereais (em especial; o trigo), enquanto que nas terras de pastagem existem amendoeiras,

figueiras, alfarrobeiras e sobreiros. Nos fundos húmidos dos vales encontram-se as hortas e em alguns locais existem oliveiras que ainda produzem azeitonas para azeite. A paisagem tradicional está em mutação com a substituição do trigo pelas amendoeiras e oliveiras, bem como o reflorestamento com pinheiros e eucaliptos (80, 81, 82, 83, 85).

2.5.1 - Ocupação agrária

A ocupação das terras aráveis na região algarvia é basicamente constituída por cultura temporária como cultura principal. Predominam os cereais em grão, hortícolas e flores seguidos das batatas e leguminosas. O tipo de cultura é maioritariamente de cultura permanente ^(87, 88).

A superfície agrícola utilizada é explorada maioritariamente por conta própria, sendo na sua maioria exploradas por produtores singulares autónomos. A utilização das terras é maioritariamente em regime extensivo, sobrepondo-se largamente ao intensivo, cuja produção é de cereais em grão, batata, frutos secos, citrinos, frutos frescos, oliveira e vinho. ⁽⁸⁸⁾ A produção de frutos secos, citrinos, cereais para grão e olival assumem lugar de destaque no Concelho de Tavira, numa posição mais modesta há lugar para a produção de frutos frescos, vinha, leguminosas secas, hortícolas e batata ⁽⁸⁸⁾.

O Concelho de Tavira apresenta as maiores culturas de cereais e leguminosas para grão do Algarve ⁽⁸⁸⁾. O efectivo animal predominante é a produção de aves, suínos, ovinos, coelhos e caprinos, com especial destaque para a indústria avícola (frangos de carne; como galinhas poedeiras e reprodutivas) ⁽⁸⁸⁾.

O produtor tipo do Concelho de Tavira é do sexo masculino com mais de 65 anos, é possuidor do ensino básico, e trabalha cerca de 50% da jornada laboral exercendo outra actividade exterior remunerada ⁽⁸⁸⁾.

Na actividade económica, o sector mais representativo é o Terciário, com cerca de 66,1 % seguido do Secundário com 25,7 % e por último o Primário com 7,1 % ⁽⁸⁸⁾.

2.5.2 - Demografia e população

A partir da década de 70, o Algarve tem-se revelado a região nacional mais atractiva em termos demográficos. Com um crescimento médio anual de 0,5% na década de 80, a sua população cifrou-se em 345 810 habitantes em 1995. Em 2001, cresce para 395 218 habitantes residentes, mostrando uma variação de 15,8% em relação a 1991 ⁽⁸⁷⁾.

O Concelho de Tavira situado em pleno Sotavento Algarvio teve uma variação de 0,6%, passou de 24 857 habitantes residentes em 1991, para os actuais 24 997 em 2001. ^(86, 87). É, sem dúvida, o Concelho mais representativo desta parte do Algarve, quer pela sua área, quer pelas características geográficas e de ocupação humana. Encontram-se nele, de forma bem marcada, todos os contrastes que opõem o Algarve do interior marcado por profundo isolamento e acentuada regressão demográfica e económica, a um litoral que evoluiu nas últimas décadas a ponto de transformar o Algarve na mais importante região turística portuguesa.

O Concelho de Tavira assume, nesta parte oriental do Algarve, uma representatividade muito particular, acrescida da acentuada acção polarizadora exercida pela cidade, em toda a esta parte da costa. Esse facto compreende-se

pelo lugar geométrico que ocupa entre o principal pólo urbano da região oriental - Faro/Olhão - e a fronteira Vila Real de Santo António.

O Concelho de Tavira possui de área total cerca de 609 Km², tem uma densidade populacional cerca de 41,1 hab/km² e apresenta uma população residente com os já referidos 24 997 habitantes⁽⁸⁶⁾.

O Concelho divide-se em 9 freguesias: Santiago, Santa Maria, Luz de Tavira, Santa Luzia, Conceição de Tavira, Santo Estêvão, Santa Catarina da Fonte do Bispo, Cabanas de Tavira e Cachopo. Faz fronteira com os Concelhos de Loulé, São Brás de Alportel, Olhão, Vila Real de Santo António, Castro Marim e Alcoutim.

Com vista a entender melhor a realidade do Concelho de Tavira, os (Quadros 1 e 2) permitem-nos caracterizar a distribuição da população por freguesia e por grupo etário⁽⁸⁶⁾, segundo os Censos 2001.

Freguesia	População residente (N)	Área (Km ²)	Densidade Populacional
Cachopo	1026	199,2	5,1
Conceição	1446	60,1	24
Luz	3778	31,6	119,6
Sta. Catarina F. Bispo	2085	118,4	17,6
Santiago	5904	21,2	278,6
Santa Maria	6672	133,4	50
Santo Estevão	1287	28,6	45
Santa Luzia	1729	8,3	209,4
Cabanas	1070	7,7	138,9
Total	24 997	609	41,1

Quadro 1 - Caracterização por freguesias da população do Concelho de Tavira.

Grupo Etário	Concelho de Tavira		Portugal	
	(N)	(%)	(N)	(%)
HM - 0 a 14 anos	3 125	12,50	1 656 602	15,99
H - 0 a 14 anos	1 582	6,32	847 553	8,18
M - 0 a 14 anos	1 543	6,17	809 049	7,81
HM - 15 a 24 anos	3 129	12,51	1 479 587	14,28
H - 15 a 24 anos	1 622	6,48	751 509	7,25
M - 15 a 24 anos	1 507	6,02	728 078	7,03
HM - 25 a 64 anos	12 889	51,56	5 526 435	53,36
H - 25 a 64 anos	6 560	26,24	2 692 861	26,00
M - 25 a 64 anos	6 329	25,32	2 833 574	27,36
HM - 65 ou mais anos	5 852	23,41	1 693 493	16,35
H - 65 ou mais	2 715	10,86	6 32 204	6,10
M - 65 ou mais	3 137	12,55	1 061 289	10,24
Total HM	24 995	100,00	10 356 117	100,00

Quadro 2 - Distribuição comparativa dos grupos etários da população presente do Concelho de Tavira e de Portugal.

As áreas do Barrocal e Serra da região do Algarve, onde o Concelho de Tavira também tem alguma representatividade são caracterizadas por apresentarem genericamente baixo desenvolvimento económico e forte ruralidade, que se traduz em densidades populacionais inferiores à média da região e do País. Existe também uma diminuição progressiva da população nas últimas décadas, os índices de envelhecimento estão em crescimento acentuado e o emprego agrícola encontra-se bastante acima das médias nacional e comunitária ⁽⁸⁰⁾.

Alguns indicadores demográficos e sócio-económicos ^(84, 86) de especial destaque no Concelho de Tavira.

	Concelho de Tavira	Portugal
Taxa de Natalidade*	8,9‰	11,0‰
Taxa de Mortalidade**	12,9	10,2
Índice de Envelhecimento	180,6%	103,6%
Nados Vivos HM***	220	114 456
Óbitos HM***	319	106 690
Taxa de Actividade HM	43,7%	48,2%
Taxa de Desemprego HM	6,4%	6,8%
Médicos por 1000 habitantes	1,3	3,2
Farmácias por 10 000 habitantes	4	2,5
Taxa de Mortalidade infantil no quinquénio (96/00)	3,9	5,7 (97/01)
Taxa de Analfabetismo HM	14,1%	8,9%

* N.º Nados vivos/1000hab; ** N.º Óbitos/1000hab; *** N.º de casos/ano

Quadro 3 - Indicadores demográficos e sócio-económicos do Concelho de Tavira.

3 – OBJECTIVOS

Objectivos gerais

- ✓ Identificar os hábitos alimentares da população escolar do Concelho de Tavira;
- ✓ Analisar a qualidade da dieta mediterrânea na população escolar do Concelho de Tavira;
- ✓ Identificar possíveis soluções para a melhoria da qualidade alimentar e nutricional da população inquirida

Objectivos específicos

- ✓ Avaliar os hábitos alimentares da população do pré-escolar, 1º, 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico do Concelho de Tavira, com idades compreendidas de 3 a 19 anos;
- ✓ Estimar o Índice *KIDMED* e relacioná-lo com as variáveis sócio-económicas, geográficas de interesse

4 - MATERIAL E MÉTODOS

População e amostra

Pretendeu-se avaliar toda a população escolar do Pré-escolar e Ensino Básico do Concelho de Tavira, o que incluía todos os discentes dos jardins escolas e 1º, 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico devidamente inscritos no ano lectivo de 2002/2003. O estudo decorreu em todas as 26 escolas do Concelho, entre as quais 22 escolas básicas e 4 jardins de infância, distribuídas pelas três zonas naturais que dividem o Concelho: Serra, Barrocal e Litoral.

O universo compreendia 2289 indivíduos. Foi distribuído um questionário a todos os 2289 indivíduos, tendo sido recebidos 1952 questionários (85,2%).

Dos 337 (14,8%) não recebidos, 321 (95,2%) pertenciam ao Litoral e 16 (4,8%) ao Barrocal. Na Serra foram recebidos todos os questionários entregues. Ficaram por receber 321 (15,1%) dos questionários distribuídos na zona Litoral e 16 (11,3%) dos questionários na zona Barrocal.

A amostra final avaliada foi constituída na sua totalidade por (n=1952) indivíduos.

Metodologia

O estudo denominado enKid, foi a primeira investigação detalhada sobre os hábitos alimentares e sobre a situação nutricional das crianças e dos jovens realizada em Espanha ⁽⁵⁾. O Índice *KIDMED* foi utilizado como parte integrante da metodologia para avaliar a qualidade da dieta mediterrânea das crianças e dos jovens espanhóis com idades compreendidas entre os 2 a 24 anos. Este estudo foi realizado em todo o território espanhol. O pedido para a aplicação do estudo

em solo português foi solicitado, e a sua execução no Concelho de Tavira foi realizada com base no mesmo. A tradução do enKid foi feita por duas pessoas diferentes e comparados os resultados por ambas as partes.

O Índice *KIDMED* foi desenvolvido com base nos princípios que sustentam o modelo alimentar mediterrâneo e naqueles que o deterioram. Os resultados finais do Índice variam entre (-4) e (+12) valores baseando-se num questionário de 16 perguntas tipo que pode ser auto-administrado ou não. As perguntas que tem uma conotação negativa em relação à dieta mediterrânea valem (-1), as que o compõem com aspecto positivo valem (+1).

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS HABITOS ALIMENTARES DA POPULAÇÃO ESCOLAR DO CONCELHO DE TAVIRA	ÍNDICE <i>KIDMED</i>
1- Habitualmente, costumas consumir 1 peça de fruta ou sumo de fruta (100% natural) todos os dias?	(+1)
2- Consomes duas peças de fruta todos os dias?	(+1)
3- Habitualmente, consomes produtos hortícolas frescos (saladas), sopa ou legumes no prato, pelo menos uma vez por dia?	(+1)
4- Habitualmente, consomes produtos hortícolas frescos ou no prato? (2 ou mais vezes por dia)	(+1)
5- Consomes peixe com regularidade? (2 a 3 vezes por semana ou mais)	(+1)
6- Costumas ir a restaurantes típicos de <i>fast - food</i> (Mc - Donald's, Telepizza, Pizza Hut...), uma ou mais vezes por semana?	(-1)
7- Gostas de leguminosas? (feijão, lentilhas, grão, ervilhas, favas...)	(+1)
8- Costumas ingerir diariamente massas alimentícias (macarrão, esparguete...) ou arroz? (± 5 vezes por semana)	(+1)
9- E ao pequeno – almoço, costumas ingerir cereais de pequeno – almoço e/ou pão?	(+1)
10- Costumas ingerir com regularidade frutos secos (nozes, amêndoas, pinhões, avelãs...)? (2 a 3 vezes por semana ou mais)	(+1)
11- E na tua casa, é costume utilizar regularmente o azeite?	(+1)
12- Costumas tomar o pequeno – almoço todos os dias?	(-1)
13- Costumas tomar produtos lácteos ao pequeno- almoço? (leite, iogurte, queijo ou requeijão)	(+1)
14- Costumas tomar ao pequeno - almoço produtos de confeitaria? (<i>croissants</i> , bolachas, etc...)	(-1)
15- Costumas comer dois iogurtes e/ou 40g de queijo (± 2 fatias pequenas), por dia?	(+1)
16- Habitualmente comes guloseimas algumas vezes ao dia? (chocolate, caramelos...)	(-1)

Valor do Índice *KIDMED*

- ≤ 3 : Dieta de baixa qualidade
- 4 a 7 Dieta com necessidade de ajustes
- ≥ 8 : Dieta mediterrânea

Quadro 4 - Índice *KIDMED*.

Questionário piloto

Inicialmente foi aplicado um questionário piloto a duas escolas dos mesmos graus de ensino a estudo. Questionário esse que depois de aplicado e analisado foi modificado em algumas questões de carácter geográfico e sócio-económico, tendo-se chegado à versão final (Anexo 4).

Foi aplicado a 3 turmas dos ensinos a analisar, 2 do ensino básico e 1 do ensino pré-escolar.

Trabalho de campo

O trabalho de campo começou em meados de Dezembro de 2002 e terminou em Abril de 2003.

No mês de Dezembro de 2002, foi aplicado o questionário piloto em duas escolas do Concelho. As seleccionadas foram, a EB1 Sto. Estêvão e o Jardim de Infância de Estêvão. Esta escolha foi realizada com o objectivo de incluir os respectivos graus de ensino a estudar, e de se aproximar o mais possível da realidade Concelhia.

Previamente à aplicação dos questionários, foi redigida uma carta de apresentação aos Presidentes do Conselho Executivo dos Agrupamentos de escolas e a professores que exercem actividades administrativas nos Conselhos Executivos. Este contacto teve como objectivo de explicar o tipo de estudo a realizar e o respectivo pedido de colaboração.

Foram realizadas 4 reuniões em escolas estrategicamente posicionadas em vários locais do Concelho, para poder juntar mais facilmente todos os promotores de educação (professores e educadores). O objectivo foi de

apresentação pessoal e de fazer uma explanação detalhada do trabalho desenvolvido.

Mediante os objectivos propostos, de Janeiro a Abril de 2003, foi auto-administrado o questionário definitivo aos participantes.

Nos participantes do pré-escolar, o preenchimento foi feito pelas respectivas educadoras de infância com a ajuda dos encarregados de educação. Para se conseguir uma maior captação de discentes procurou-se sempre estar em permanente contacto com os Presidentes do Conselho Executivo, e dos directores de turma das respectivas escolas.

Administraram-se a todos os discentes da amostra um questionário com duas páginas. Na frente o questionário era constituído por questões de carácter sócio-económico, demográfico e de estilo de vida, e no verso, era constituído por 16 questões sobre os hábitos alimentares que compunham o Índice *KIDMED*. Foi também distribuído somente aos professores/educadores uma outra folha que continha as instruções (Anexo 5) para o respectivo preenchimento do questionário, e um espaço reservado aos dados relativos às turmas e escolas estudadas.

Na aplicação do questionário, foi optado o anonimato, para que mais livremente os jovens se pudessem exprimir da maneira mais “fiel” possível.

Distribuição geográfica e Agrupamentos de escolas (Anexo 6)

As escolas básicas e jardins de infância estão distribuídas por todo o território que delimita do Concelho de Tavira. No qual, 15 espaços escolares pertencem à zona do Litoral, 9 pertencem à zona do Barrocal e apenas 2 pertencem à zona da Serra (Quadro 5).

As escolas do Ensino Básico e do Pré-escolar que são tuteladas pelas identidades públicas (Ministério de Educação ou Câmaras Municipais) estão sob a égide dos Agrupamentos de Escolas. Estes Agrupamentos são supervisionados por uma escola sede que coordena todas as actividades educativas e de alguma forma participa na gestão dos recursos humanos existentes. Existem os denominados Agrupamentos de Escolas Horizontais e os Verticais. O Concelho de Tavira possui 1 Agrupamento Horizontal e 2 Verticais.

Distribuição geográfica dos espaços escolares	
Litoral	EB 2,3 D. Manuel EB 1 Tavira nº1 EB 1 Bernardinheiro Jardim de Infância - O ECO EB 1 Luz de Tavira EB 1 Livramento EB 1 Amaro Gonçalves Jardim de Infância da Luz EB 1 Santa Luzia nº1 EB 1 Santa Luzia nº2 EB 2, 3 D. Paio Peres Correia EB 1 N.º 2 de Tavira EB 1 Conceição nº1 Jardim de Infância da Conceição EB 1 Cabanas
Barrocal	EB 1 Santo Estevão EB 1 Malhão Norte Jardim de Infância de Sto. Estêvão EB 1 Santa Catarina EB 1 Marco EB 1 Várzea Vinagre EB 1 Porto Carvalhoso EB 1 Corte António Martins EB 1 Ribeirinha
Serra	EB 1 Cachopo EBM 2, 3 Cachopo

Quadro 5 - Distribuição geográfica por Zonas Naturais.

Agrupamento Horizontal			
Santiago	Luz	Santa Luzia	Santo Estevão
EB 1 Távira N.º 1	EB 1 Luz	EB 1 Santa Luzia N.º 1	EB 1 Santo Estevão
EB 1 Bernardinheiro	EB 1 Amaro Gonçalves	EB 1 Santa Luzia N.º 2	EB 1 Malhão Norte
Jardim de Infância de Távira - O ECO	EB 1 Livramento Jardim de Infância da Luz		Jardim de Infância de Sto. Estevão

Quadro 6 - Distribuição do Agrupamento Horizontal no Concelho de Távira.

Agrupamento Vertical	Agrupamento Vertical
Santiago	Santa Maria
EB 2,3 D. Manuel I	EB 2, 3 D. Paio Peres Correia
Cachopo	EB 1 N.º 2 de Távira
EB 1 Cachopo	Conceição
EBM 2, 3 Cachopo	EB 1 Conceição N.º 1
Santa Catarina Fonte do Bispo	EB 1 Corte António Martins
EB 1 Santa Catarina	EB 1 Ribeirinha
EB 1 Porto Carvalhoso	Jardim de Infância da Conceição
EB 1 Marco	Cabanas
EB 1 Várzea Vinagre	EB 1 Cabanas

Quadro 7 - Distribuição dos Agrupamentos Verticais no Concelho de Távira.

Tratamento de dados

Os dados recolhidos foram introduzidos e processados no programa estatístico SPSS[®] versão 10.0 (*Statistical Package for Social Sciences*, versão para o Windows). Na análise estatística, os cruzamentos foram comparados pela prova do Chi-Quadrado com correcção de Pearson. As diferenças foram consideradas estatisticamente significativas para um nível de $p < 0,05$. Foram

também realizados estudos de regressão logística para verificar as variáveis que melhor explicam as diferenças encontradas. Estas não são apresentadas neste trabalho, confirmando no entanto de alguma forma a associação dos resultados.

Para uma melhor análise/leitura das variáveis procedeu-se a uma recodificação das mesmas aquando da introdução de dados no SPSS[®] (Quadro 8).

<u>Ano de escolaridade</u> 0, 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º e 9º <u>Habilitações dos pais</u> 1. Não sabe ler 2. Não sabe ler nem escrever 3. Sem estudos mas lê e escreve 4. Primária incompleta 5. Primária completa 6. 2º ciclo (5º e 6º anos de escolaridade) 7. 3º ciclo (7º, 8º e 9º anos de escolaridade) 8. Ensino secundário (10º, 11º e 12º anos de escolaridade) 9. Ensino universitário de grau médio (Bacharelato) 10. Ensino universitário de grau superior (Licenciatura) 11. Outros <u>Ocupação dos pais</u> 1. Dono de empresa (Director ou gestor) 2. Quadros superiores (Técnico superior, profissional, cientista) 3. Profissional liberal (Advogado, arquitecto, juiz...) 4. Quadro médio (Técnicos) 5. Empregado de escritório (Recepção, secretária, auxiliar administrativo...) 6. Empregado do comércio (balcão, caixa...) 7. Empregado de restauração (cozinheiro, empregado de mesa...) 8. Agricultor 9. Pescador 10. Operário especializado (Indústria, manufactura, construção) 11. Trabalhador manual ou serviços pessoais (artesanato ou venda ambulante) 12. Outras <u>Nacionalidade do encarregado de educação</u> 1. Portuguesa 2. PALOP 3. Países de Leste 4. Outras		<u>Grau de escolaridade</u> 1. 0/1º (pré-escolar e 1º Ciclo) 2. 2º Ciclo (5º e 6º anos) 3. 3º Ciclo (7º, 8º e 9º anos) <u>Habilitações dos pais</u> 1. Analfabeto ao 2º Ciclo 2. 3º Ciclo ao Secundário 3. Ensino Superior <u>Ocupação dos pais</u> 1. Directores (1), Quadros Superiores (2) (3) ou Técnicos intermédios (4) 2. Empregados Administrativos (5), Comércio (6) ou de Restauração (7) 3. Operários Especializados, da Pesca ou da Agricultura (8) (9) (10) (11) e (12) <u>Nacionalidade do encarregado de educação</u> 1. Portuguesa (1) 2. Estrangeira (2) (3) e (4)
--	---	--

Quadro 8 - Recodificação das variáveis utilizadas inicialmente.

5 - RESULTADOS**CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E SÓCIO-ECONÓMICA****Sexo e idade**

A idade média dos participantes era de 10,5 com desvio padrão de 3,4 anos, variando entre os 3 e 19. A população escolar era constituída por 51,2% (997) do sexo masculino e 48,8% (950) do sexo feminino (Quadro 9).

Idade	Sexo Masculino		Sexo Feminino	
	(N)	(%)	(N)	(%)
3	8	34,8	15	65,2
4	25	56,8	19	43,2
5	27	48,2	29	51,8
6	92	53,8	79	46,2
7	71	46,4	82	53,6
8	67	50,4	66	49,6
9	86	53,4	75	46,6
10	82	44,8	101	55,2
11	84	47,7	92	52,3
12	107	50,7	104	49,3
13	113	50,2	112	49,8
14	97	51,1	93	48,9
15	63	63,6	36	36,4
16	43	58,1	31	41,9
17	22	68,8	10	31,3
18	9	64,3	5	35,7
19	1	50,0	1	50,0
Total	997	51,2	950	48,8

Quadro 9 - Distribuição por sexo e idade.

Grau de escolaridade

Quanto ao "Grau de escolaridade", verificou-se que a maioria encontrava-se no Ensino Pré-escolar ou 1º Ciclo do Ensino Básico (Quadro 10).

	Total	
	(N)	(%)
Pré-escolar e 1º Ciclo	806	41,5
2º Ciclo	428	22,1
3º Ciclo	707	36,4

Quadro 10 - Grau de escolaridade dos discentes.

Habilitações dos pais

Enquanto às "Habilitações dos pais", verificou-se que a maior percentagem encontrava-se entre o 3º Ciclo e o Ensino Secundário (Quadro 11).

	Total	
	(N)	(%)
Analfabeto até ao 2º Ciclo	782	41,6
3º Ciclo até ao Ensino Secundário	808	43,0
Ensino Superior	288	15,3

Quadro 11 - Habilitações literárias dos pais.

Ocupação dos pais

Em relação à "Ocupação dos pais", verificou-se que a sua maioria se distribuíam de uma forma relativamente homogénea entre Directores, Quadros Superiores ou Técnicos intermédios e Operários especializados, da Pesca ou Agricultura * (Quadro 12).

	Total	
	(N)	(%)
Directores, Quadros Superiores ou Técnicos intermédios	640	36,0
Empregados Administrativos, Comércio ou de Restauração	504	28,3
Operários Especializados, da Pesca ou da Agricultura	635	35,7

Quadro 12 - Ocupação dos pais dos discentes.

*Segundo a Classificação Nacional de Profissões do INE, 1994.

Morada de residência simples (1) e agregada (2)

A maioria dos discentes residia no Litoral, e a minoria na zona da Serra (Quadro 13).

	Total de discentes			Total de discentes	
	(N)	(%)		(N)	(%)
Simples			Agregada		
Serra	63	3,3			
Barrocal	274	14,5	Serra/Barrocal	337	17,9
Litoral	1547	82,1	Litoral	1547	82,1

Quadro 13 – Morada de residência simples e agregada.

Com quem vive

A maior parte dos participantes vivia com os pais e ou irmãos (Quadro 14).

	Total	
	(N)	(%)
Pais e/ou irmãos (família completa)	1511	78,8
Pai ou a mãe (família incompleta)	92	4,8
Avós, amigos e outros	314	16,4

Quadro 14 - Pessoas com quem vive.

Tipo de casa

O tipo de casa mais usual era a vivenda/casa própria (Quadro 15).

	Total	
	(N)	(%)
Vivenda/casa própria	862	45,4
Apartamento próprio	580	30,6
Casa ou apartamento alugado	450	23,7

Quadro 15 - Tipo de habitação.

Freguesia de residência

Quanto às freguesias de residência dos discentes, verificou-se que aquelas que forneceram mais inquiridos para este estudo foram as de Santa Maria e Santiago (Quadro 16). Esta distribuição é relativamente semelhante à população do Concelho de Tavira, no entanto é natural existirem algumas discrepâncias.

Quanto à distribuição da população por freguesias para o Índice *KIDMED*, verificou-se que as freguesias de Santa Luzia e Santa Catarina parecem apresentar melhores resultados (Quadro 16).

	Totais		Índice <i>KIDMED</i> (≥ 8)
	(N)	(%)	(%)
Santa Maria	537	28,1	22,8
Santiago	531	27,8	24,5
Luz	265	13,9	20,8
Santa Luzia	132	6,9	34,1
Conceição	115	6,0	30,5
Santo Estevão	100	5,2	28,1
Santa Catarina	97	5,1	33,3
Cabanas	72	3,8	12,5
Cachopo	34	1,8	12,9
Freguesias limítrofes	29	1,6	-

Quadro 16 - Distribuição da população escolar e do Índice *KIDMED* por freguesia do Concelho de Tavira.

Naturalidade do encarregado de educação

A naturalidade é maioritariamente Portuguesa (Quadro 17).

	Total	
	(N)	(%)
Portuguesa	1472	88,4
Estrangeira	194	11,6

Quadro 17 - Naturalidade do Encarregado de Educação.

HÁBITOS ALIMENTARES

O (Quadro 18) mostra-nos a estatística descritiva relativa às questões aplicadas no Índice *KIDMED*.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES DA POPULAÇÃO ESCOLAR DO CONCELHO DE TAVIRA	Índice <i>KIDMED</i>		
	Total de discentes (N)	SIM (%)	NÃO (%)
1- Habitualmente, costumas consumir 1 peça de fruta ou sumo de fruta (100% natural) todos os dias?	1940	81,5	18,5
2- Consomes duas peças de fruta todos os dias?	1932	51,9	48,1
3- Habitualmente, consomes produtos hortícolas frescos (saladas), sopa ou legumes no prato, pelo menos uma vez por dia?	1922	79,6	20,4
4- Habitualmente, consomes produtos hortícolas frescos ou no prato? (2 ou mais vezes por dia)	1912	44,7	55,3
5- Consomes peixe com regularidade? (2 a 3 vezes por semana ou mais)	1934	77,0	23,0
6- Costumas ir a restaurantes típicos de <i>fast - food</i> (Mc - Donald's, Telepizza, Pizza Hut...), uma ou mais vezes por semana?	1936	29,0	71,0
7- Gostas de leguminosas? (feijão, lentilhas, grão, ervilhas, favas...)	1937	71,8	28,2
8- Costumas ingerir diariamente massas alimentícias (macarrão, esparguete...) ou arroz? (± 5 vezes por semana)	1928	62,2	37,8
9- E ao pequeno – almoço, costumas ingerir cereais de pequeno – almoço e/ou pão?	1938	80,2	19,8
10- Costumas ingerir com regularidade frutos secos (nozes, amêndoas, pinhões, avelãs...)? (2 a 3 vezes por semana ou mais)	1938	26,2	73,8
11- E na tua casa, é costume utilizar regularmente o azeite?	1935	90,8	9,2
12- Costumas tomar o pequeno – almoço todos os dias?	1939	90,4	9,6
13- Costumas tomar produtos lácteos ao pequeno- almoço? (leite, iogurte, queijo ou requeijão)	1933	88,2	11,8
14- Costumas tomar ao pequeno - almoço produtos de confeitaria? (croissants, bolachas, etc...)	1939	29,7	70,3
15- Costumas comer dois iogurtes e/ou 40g de queijo (± 2 fatias pequenas), por dia?	1937	56,7	43,3
16- Habitualmente comes guloseimas algumas vezes ao dia? (chocolate, caramelos...)	1936	62,9	37,1

Quadro 18 - Valores percentuais totais das questões tratadas.

Os valores percentuais parecem mostrar evidências de algumas diferenças de comportamentos alimentares na população escolar estudada.

De facto parece existir o hábito de consumir uma peça de fruta ou sumos todos os dias (81,5%). Mas, quando o consumo é de duas peças de fruta diárias, os valores apresentados são baixos atingindo cerca de metade da população escolar (51,9%). Habitualmente parecem existir evidência para o consumo de produtos hortícolas frescos (saladas), sopa ou legumes no prato, pelo menos uma vez por dia (79,6%), mas quando esse consumo é de duas ou mais vezes ao dia, já as respostas negativas são superiores (55,3%). Parece existir claramente uma apetência para o consumo de peixe com regularidade de duas a três vezes por semana (77,0%). A ida a restaurantes típicos de *fast-food* parece já atingir a população escolar (29,0%), contudo, a maioria não os frequenta uma ou mais vezes por semana (71,0%). O consumo de leguminosas parece ser do agrado da maioria população (71,8%). O consumo de massa alimentícias ou de arroz, pelo menos cerca de cinco vezes por semana, parece ser praticado pela maioria da população (62,2%). Parece ser também mais frequente a associação do pequeno-almoço, com a inclusão de cereais e/ou pão (80,2%). Não parece ser habitual a ingestão regular de frutos secos, duas ou três vezes por semana (26,2%). A utilização regular do azeite em casa parece ser elevada (90,8%). Parece existir também o hábito diário de tomar sempre o pequeno-almoço (90,4%), acompanhado de produtos lácteos (88,2%) e com reduzida inclusão de produtos de confeitaria (29,7%).

O consumo diário de iogurtes e queijo, apenas se observou em pouco mais da metade da população (56,7%) e o consumo de guloseimas parece ser frequente ao longo do dia (62,9%).

Índice *KIDMED*

Dos inquiridos a maioria possuía “Dieta com necessidade de ajustes” (63 %) e a minoria de “Dieta de baixa qualidade” (12,7%) (Quadro 19).

Índice <i>KIDMED</i>	(N)	(%)
Dieta de baixa qualidade (≤ 3)	230	12,7
Dieta com necessidade de ajustes (4 a 7)	1144	63,0
Dieta Mediterrânea (≥ 8)	443	24,4
Total	1952	100,0

Quadro 19 - Valores totais globais do Índice *KIDMED*.

Valores do Índice *KIDMED*

As variáveis que mais parecem influenciar o Índice *KIDMED*, ($p < 0,01$) são: “Habilitações dos pais”; “Ocupação dos pais” e o “Grau de escolaridade” (Quadros 20 e 21).

Valor do Índice <i>KIDMED</i>	Sexo (%)		Morada de residência (1) (%)			Habilitações dos pais (%)			Ocupação dos pais (%)		
	(M)	(F)	(S)	(B)	(L)	(b)	(m)	(a)	(e)	(m)	(b)
≤ 3	13,2	12,1	12,3	13,0	12,3	15,3*	10,9*	9,4*	9,5*	12,7*	15,6*
4 a 7	64,1	61,7	63,2	60,1	63,7	68,0*	61,4*	55,6*	60,3*	64,9*	64,7*
≥ 8	22,7	26,2	24,6	26,9	24,1	16,8*	27,7*	35,0*	30,2*	22,4*	19,7*

($p < 0,01$ *)

Sexo (M - masculino ; F- feminino) Morada de residência (S - serra; B - barrocal; L - litoral); Habilitações dos pais (b - baixa; m - média; a - alta); Ocupações dos pais (e - elevada; m – média; b –baixa); Valores não assinalados com * - Não são significativos.

Quadro 20 - Valores do Índice *KIDMED*.

Valor do Índice	Grau de escolaridade (%)			Com quem vive (%)			Tipo de casa (%)			Naturalidade do encarregado de educação (%)	
	(0/1º)	(2º)	(3º)	(f.com)	(f.inc)	(f)	(v. p)	(a. p)	(alg)	(P)	(Est)
KIDMED											
≤3	5,0*	19,3*	16,7*	12,3	7,0	15,7	11,9	12,3	13,3	11,9	11,3
4 a 7	57,2*	66,8*	66,8*	63,1	62,4	62,8	62,0	63,4	65,2	63,9	63,8
≥8	37,7*	13,9*	16,4*	24,7	30,6	21,5	26,2	24,3	21,5	24,2	24,9

(p<0,01*)

0/1º Ciclo – pré-escolar e 1º Ciclo; 2º - 2º Ciclo; 3º - 3º Ciclo; f. com – família completa; f. inc – família incompleta; f – familiares; v. p – vivenda própria; a. p – apartamento próprio; alg – aluguer; P – Portuguesa; Est – Estrangeira; Valores não assinalados com * – Não são significativos.

Quadro 21 - Valores do Índice KIDMED.

“Habilitações dos pais”

A variável “Habilitações dos pais” parece influenciar a qualidade da dieta praticada. Pode-se concluir que à medida que as habilitações dos pais aumentam as dieta praticadas são tendencialmente de melhor qualidade (Quadro 20). A dieta de maior qualidade é encontrada em discentes que têm os pais com maiores habilitações.

Contudo, é de salientar que as habilitações mais baixas parecem ter maiores necessidades de ajustes na qualidade da dieta praticada (Quadro 20).

“Ocupação dos pais”

A “Ocupação dos pais” parece relacionar-se com a qualidade da dieta, medida através do Índice, na medida em que quanto maior é o estrato social (percebido pelo tipo de ocupação), melhor parece ser a qualidade da dieta praticada. Mas, neste caso as diferenças das “Dietas com necessidade de ajustes” não são muito demarcadas (Quadro 20).

"Grau de escolaridade dos discentes"

No "Grau de escolaridade" parece-nos que a transição do 0/1º Ciclo para o 2º e 3º Ciclos se relaciona com um decréscimo na qualidade da dieta praticada, segundo os critérios do Índice. A "Dieta de baixa qualidade" parece proporcionalmente mais frequente nos 2º e 3º Ciclos com diferenças muito próximas entre eles. Contudo, é no 2º Ciclo que a percentagem parece ser mais pronunciada.(Quadro 21).

Análise individual às questões do Índice *KIDMED*

Foram também avaliadas individualmente todas as questões que compõem o Índice *KIDMED*. Esta análise permitiu um melhor conhecimento individual em termos comparativos das questões utilizadas.

As variáveis do Índice às quais parecem estar associadas diferenças mais significativas ($p < 0,05$ ou até $p < 0,01$) são: "Sexo"; "Morada de residência (1) e (2)"; "Habilitações dos pais"; "Naturalidade dos pais"; "Ocupação dos pais"; "Com quem vive" e "Grau de escolaridade" (Quadros 22, 23 e 24).

"Sexo"

São os inquiridos do sexo feminino que mais frequentemente indicam consumir, pelo menos uma vez por dia, produtos hortícolas frescos (saladas), sopa ou legumes (83,3 %).

"Morada de residência (1) e (2)"

É no Litoral onde parece ser mais é frequentemente o consumo de fruta (53,7%) e peixe (78,3%). As leguminosas evidenciam ser mais frequentemente

consumidas na zona da Serra (85,7%) e do Barrocal (76,1%) . É na Serra onde mais frequentemente se verificam o consumo de frutos secos (39,7%) e de guloseimas (74,6%). Contudo, é no Barrocal (62,4%) onde se verificam os maiores consumos diários de produtos lácteos. Mas, onde parece indicar ser mais frequente o consumo de produtos de pastelaria ao pequeno-almoço é na Serra (41,3%), logo seguido do Litoral (63,2%).

“Habilitações dos pais”

A pais ou encarregados de educação com maiores habilitações estão associados mais frequentemente consumos diários de produtos hortícolas frescos (saladas), sopa ou legumes no prato (84,6%), fruta (86,0%) e peixe (79,7%).

Os pequenos-almoços, à medida que as habilitações dos pais aumentam apresentam-se “mais regulares” (92,7%) e aparentemente mais equilibrados, com maiores frequências do consumo de produtos lácteos (90,6%).

Nos pais com maiores habilitações, são também mais frequentes os consumos de iogurte e queijo diários (61,0%).

O consumo de guloseimas (68,2%) e de produtos de confeitaria ao pequeno-almoço (32,2%) estão mais frequentemente associados a filhos de pais com habilitações mais baixas.

QUESTÕES N.º	Sexo (%)			Morada de residência (1) (%)				Habilitações dos pais (%)			
	(N)	(M)	(F)	(N)	(S)	(B)	(L)	(N)	(b)	(m)	(a)
(1)	1938	81,0	82,2	1872	82,5	80,9	82,2	1870	77,9*	83,0*	86,0*
(2)	1930	52,0	51,7	1864	34,9**	49,1**	53,7**	1863	45,5**	53,6**	63,6**
(3)	1920	75,9**	83,3**	1855	78,7	80,7	79,5	1856	76,3**	80,9**	84,6**
(4)	1910	44,3	45,2	1845	35,0	50,2	44,4	1844	42,1**	44,2**	53,5**
(5)	1932	76,4	77,7	1867	69,4*	71,7*	78,3*	1865	74,3*	79,6*	79,7*
(6)	1934	29,6	28,5	1868	22,2	29,9	29,3	1866	31,1	29,6	23,7
(7)	1935	70,0	73,7	1869	85,7**	76,1**	70,2**	1867	72,1	72,3	70,5
(8)	1926	64,1	60,2	1860	54,0	60,3	62,8	1859	60,2	62,1	67,5
(9)	1936	81,4	78,9	1870	77,8	84,1	79,6	1869	79,9	79,9	81,5
(10)	1936	27,3	25,1	1870	39,7*	27,7*	24,9*	1869	28,0	24,0	26,8
(11)	1933	89,9	91,7	1867	92,1	89,0	90,9	1865	91,2	91,2	87,8
(12)	1937	91,0	89,7	1871	88,9	88,6	90,7	1869	88,0*	91,7*	92,7*
(13)	1931	87,7	88,7	1865	92,1	84,8	88,6	1863	86,2*	89,8*	90,6*
(14)	1937	30,1	29,2	1871	41,3*	24,3*	30,1*	1869	32,2*	27,3*	25,5*
(15)	1935	55,4	58,1	1869	46,0*	62,4*	56,5*	1867	51,5**	60,1**	61,0**
(16)	1934	62,7	63,1	1869	74,6*	58,3*	63,2*	1866	68,2**	60,8**	53,7**

(p<0,05*)

(p<0,01**)

Sexo (M - masculino ; F- feminino) Morada de residência (S - serra; B - barrocal; L - litoral);
 Habilitações dos pais (b - baixa; m - média; a - alta); Valores não assinalados com * – Não são
 significativos.

Quadro 22 - Distribuição das variáveis sócio-demográficas em função das
 respostas positivas nas questões do Índice *KIDMED*.

“Naturalidade dos pais”

Os filhos de pais Portugueses parecem estar associados com maiores frequências de consumo de peixe do que os filhos de pais estrangeiros (78,6%). Contudo, passa-se exactamente ao contrário quando falamos da ingestão diária de massas alimentícias ou arroz (69,1%).

“Ocupação dos pais”

O consumo de fruta (84,7%), peixe (80,8%) e produtos hortícolas (83,3%) parecem ser provavelmente maiores, em discentes com pais de estrato social mais elevado, onde o estrato social é avaliado através da ocupação. O pequeno-almoço diário evidencia ser mais regular nos estratos mais elevados (92,6%). Mas, a inclusão frequente de cereais e/ou pão no pequeno-almoço parece acontecer mais frequentemente no estrato social mais baixo (84,2%). Contudo, a inclusão de produtos lácteos ao pequeno-almoço está associada aos estratos mais elevados (92,1%).

No que diz respeito à ingestão diária de iogurte, queijo (61,2%) e guloseimas (67,1%), os casos com consumos aparentemente mais elevados parecem estar associados a filhos de pais com estrato social médio. O estrato social médio parece evidenciar maiores frequências na ida de pelos menos, uma ou mais vezes por semana a restaurantes de *fast-food* (32,3%).

“Com quem vive”

Os discentes que vivem só com a mãe, ou só com o pai parecem consumir duas ou mais vezes ao dia produtos hortícolas frescos ou no prato (56,0%).

“Grau de escolaridade dos discentes”

Parecem existir evidências que associam o 0/1ºCiclo às maiores percentagens de consumos de fruta e sumos diários (88,2%), de massa alimentícias ou arroz (± 5 vezes por semana) (72,4%), do consumo regular de peixe (2 a 3 vezes por semana) (83,1%); do consumo de produtos hortícolas frescos (saladas), sopa ou legumes no prato, pelo menos uma vez ao dia (86,1%); do consumo habitual de produtos hortícolas frescos ou no prato (2 a 3 vezes por semana) (48,3%); do pequeno-almoço diário mais regular (95,1%) com a respectiva inclusão de produtos lácteos (94,6%), da ingestão de iogurte ou queijo diariamente (64,0%) e da utilização regularmente do azeite em casa (95,6%).

Os maiores consumos de frutos secos e de guloseimas parecem estar associados ao 2ºCiclo, com (30,6%) e (77,0%) respectivamente.

As idas mais frequentes a restaurantes típicos de *fast-food*, uma ou mais vezes por semana (36,2%), assim como os maiores consumos de produtos de confeitaria ao pequeno-almoço (38,6%) parecem ocorrer no 3ºCiclo.

QUESTÕES N.º	Naturalidade dos			Ocupação dos pais				Com quem vive			
	pais (%)			(%)				(%)			
	(N)	(Por.)	(Estr.)	(N)	(e)	(m)	(b)	(N)	(f.com)	(f.inc)	(f)
(1)	1657	81,4	81,3	1772	84,7*	81,9*	78,5*	1910	82,1	83,5	77,9
(2)	1651	51,6	55,2	1766	58,0**	52,3**	45,9**	1902	52,3	55,4	49,7
(3)	1642	79,4	81,6	1756	83,3*	75,6*	78,6*	1892	79,6	76,9	79,9
(4)	1637	43,5	47,4	1749	47,8**	44,8**	40,7**	1882	43,4*	56,0*	47,9*
(5)	1654	78,6*	70,1*	1767	80,8*	76,0*	74,9*	1904	76,5	75,0	79,1
(6)	1656	28,0	30,9	1769	29,7*	32,3*	25,2*	1906	28,5	28,3	31,9
(7)	1656	71,6	74,6	1769	73,0	68,4	72,7	1907	71,9	72,5	71,5
(8)	1647	61,8*	69,1*	1763	65,4	58,6	60,8	1898	62,2	68,9	60,3
(9)	1658	80,5	82,4	1770	80,1*	77,4*	84,2*	1908	81,0	75,0	77,6
(10)	1655	25,4	31,1	1771	25,4	26,3	26,8	1908	26,0	20,9	29,2
(11)	1653	91,2	87,0	1768	90,6	90,4	90,8	1905	90,9	87,0	91,7
(12)	1658	90,4	86,0	1772	92,6*	90,2*	88,1*	1909	90,4	85,9	91,3
(13)	1650	88,7	85,0	1766	92,1**	89,0**	84,4**	1905	88,7	90,1	86,2
(14)	1657	28,7	32,6	1773	92,1	89,0	84,4	1909	29,7	20,7	31,6
(15)	1657	56,8	58,0	1771	59,5**	61,2**	51,3**	1907	56,8	59,8	54,6
(16)	1656	63,3	59,3	1769	56,7**	67,1**	66,9**	1906	62,1	59,8	68,2
(p<0,05*)		(p<0,01**)									

(p<0,05*) (p<0,01**)

Naturalidade dos pais (Port- Portuguesa; Estr- Estrangeira; Ocupações dos pais (e – elevada; m – média; b – baixa); Com quem vive (f. com – família completa; f. inc – família incompleta; f – familiares); Valores não assinalados com * – Não são significativos.

Quadro 23 - Distribuição das variáveis sócio-demográficas em função das respostas positivas nas questões do Índice *KIDMED*.

QUESTÕES N.º	Morada de residência (2)			Grau de escolaridade			
	(%)			(%)			
	(N)	(S/B)	(L)	(N)	(0/1º)	(2º)	(3º)
(1)	1872	81,2	82,2	1929	88,2**	73,7**	79,0**
(2)	1864	46,4*	53,7*	1921	54,7	52,1	48,8
(3)	1855	80,4	79,5	1911	86,1**	76,1**	74,1**
(4)	1845	47,4	44,4	1902	48,3**	46,5**	39,6**
(5)	1867	71,3**	78,3**	1923	83,1**	71,8**	73,1**
(6)	1868	28,4	29,3	1925	20,1**	33,4**	36,2**
(7)	1869	77,9**	70,2**	1926	74,1	71,1	69,8
(8)	1860	59,1	62,8	1917	72,4**	54,5**	55,3**
(9)	1870	82,9	79,6	1927	80,9	80,0	79,6
(10)	1870	29,9	24,9	1927	23,2*	30,6*	27,2*
(11)	1867	89,6	90,9	1924	95,6**	85,6**	88,5**
(12)	1871	88,6	90,7	1928	95,1**	89,4**	85,7**
(13)	1865	86,1	88,6	1922	94,6**	81,2**	85,2**
(14)	1871	27,5	30,1	1928	20,3**	31,9**	38,6**
(15)	1869	59,3	56,5	1926	64,0**	50,2**	52,3**
(16)	1869	61,4	63,2	1925	50,5**	77,0**	68,2**
	(p<0,05*)	(p<0,01**)					

Morada de residência (S/B - Serra/barrocal; L - litoral); Grau de escolaridade (0/1º Ciclo – pré-escolar e 1º Ciclo; 2º - 2º Ciclo; 3º - 3º Ciclo); Valores não assinalados com * – Não são significativos.

Quadro 24 - Distribuição das variáveis sócio-demográficas em função das respostas positivas nas questões do Índice *KIDMED*.

6 - DISCUSSÃO

A validação de um questionário deve ser o primeiro passo a dar antes de este ser aplicado. No caso presente, tendo em conta a semelhança da língua, o tipo de população observada e o facto de, aparentemente, as populações escolares espanhola e portuguesa poderem ter muitas semelhanças em relação aos seus hábitos alimentares, aliados à necessidade de aplicar o questionário no decorrer de um período curto de estágio levou a utilizar-se directamente este instrumento depois de traduzido. Estes factos não invalidam a necessidade pressentida de tentar fazer este trabalho posteriormente e de observar os resultados cautelosamente.

A utilização deste questionário deveu-se ao facto de ele já ter sido utilizado em outras ocasiões com sucesso, servindo os seus resultados como termo de comparação e também ao facto de poder ser aplicado rapidamente a um número significativo de pessoas. Sendo o nosso objectivo estudar todos alunos de uma determinada faixa etária na comunidade escolar do Concelho de Tavira este pareceu-nos o método adequado apesar da informação fornecida não nos permitir traçar um quadro de ingestões médias desta população, o que seria o ideal. Sendo um estudo exploratório preferimos obter menos informação mas tentar atingir toda a população, isto porque a informação anterior existente para tentar obter uma amostra verdadeiramente representativa desta população escolar era escassa e de obtenção morosa. Por outro lado, a CMT e os responsáveis envolvidos informaram-nos ser possível tentar cobrir toda a população, desde que o número de questões fosse pequeno.

O estudo foi realizado apenas no ensino público. Nas escolas básicas, o números de inquiridos que nos entregaram os questionários atingiu 86% do total

de discentes. Existiu maior dificuldade nos jardins de infância, mas mesmo assim o número de discentes observados atingiu os 74%.

Um dos problemas com a amostra foi ter-se pensado inicialmente na existência de um número elevado de residentes estrangeiros, difíceis de avaliar. Contudo, estes ficaram-se por cerca de 12% da população discente. Estes discentes pertenciam a várias nacionalidades o que diluía ainda mais a informação. Por essa razão não foi motivo de análise maior.

Desde do início do estudo foi sempre sublinhado que o preenchimento dos questionários deveria ser o mais sincero e fiel possível. Os discentes que não preencheram os questionários eram os que sistematicamente se encontravam ausentes, não tendo sido possível após diversas tentativas encontrá-los. Poderia ser por motivo de doença ou outros. Estes discentes poderão ter características diferentes dos outros o que poderia influenciar as respostas. Para este trabalho não foi possível caracterizá-los, contudo poderemos dizer que se distribuem com uma certa homogeneidade pelas três regiões observadas. Em rigor aquilo que poderemos dizer, para já, é que este estudo avaliou, provavelmente, os discentes mais assíduos das escolas públicas do Concelho, nestas faixas etárias.

Nos participantes do pré-escolar, o preenchimento foi feito pelas educadoras de infância com a ajuda dos respectivos encarregados de educação. Foi a forma possível, dadas as limitações, para o preenchimento dos questionários dos mais novos. Não foi possível controlar os casos em que houve interferência nas respostas pelo facto dos encarregados de educação saberem que os educadores iriam ler as respostas. Também não foi possível controlar a influência dos professores nas respostas dos discentes mais velhos. Contudo em

ambos os casos foram dadas instruções claras no sentido da não interferência, o que não impede de se levantarem dúvidas quanto à qualidade desta metodologia.

Outras questões se podem levantar como a pergunta sobre o consumo de sumos (100%), poder ser interpretada também, como o consumo de refrigerantes se tratasse.

O objectivo deste trabalho foi, para além do conhecimento dos hábitos alimentares praticados, fazer uma análise comparativa com o valores encontrados no país vizinho. Por esse motivo não existiram modificações algumas do instrumento utilizado. Inicialmente existiriam questões do Índice *KIDMED* que provavelmente se modificariam, acontece que ao fazê-lo tornaria os dados impossíveis de comparar com o estudo enKid, e necessitaríamos de mais tempo para a conclusão da análise. O que impossibilitaria a viabilidade do estudo em apenas 9 meses.

De qualquer modo foram encontradas diferenças significativas entre variáveis sócio-demográficas e questões do Índice, o que nos permite retirar algumas conclusões deste trabalho. Foram também encontrados relativamente aos totais nacionais verificados em Espanha, valores superiores para a “Dieta de baixa qualidade” e “Dieta com necessidade de ajustes” e valores inferiores para a “Dieta Mediterrânea”. É curioso verificar que na Andaluzia e nas Canárias, zonas com características que se assemelham ao Algarve, apresentam os segundos melhores Índices de Espanha, com 3,5% (≤ 3), 47,2% (4 a 7) e 49,3% (≥ 8) respectivamente.

Tal como em Espanha, no geral parecem existir poucas diferenças entre sexos, e uma deterioração gradual da qualidade da dieta com o aumento da idade.

Os níveis sócio-económicos elevados e a zona de residência urbana, contrariamente ao que se poderia pensar inicialmente, são variáveis que se parecem associar mais ao padrão tradicional mediterrâneo.

Os argumentos de que a dieta mediterrânea é barata e que não é afectada pelos níveis sócio-económicos, parecem ser contestados pelos dados encontrados. Tal como no caso espanhol, os Índices *KIDMED* de valor (≥ 8), são mais favoráveis nas zonas populacionais mais densas e não nas pequenas povoações rurais, o que também nos remete para alguma reflexão sobre a hipotética relação entre o “espaço rural” e a dieta mediterrânea.

A provável maior diversidade e disponibilidade de alimentos frescos na cidade, bem como o poder de compra destes pais, parece estar a afectar positivamente os consumos de alimentos “mais saudáveis” nas crianças e adolescentes do Concelho de Tavira.

Apesar de não se ter verificado diferenças significativas para o Índice *KIDMED* das 3 zonas naturais do Concelho de Tavira, é de salientar que em cada uma delas existem hábitos alimentares que as individualizam.

Na Serra, existem evidências onde os consumos de leguminosas e frutos secos são maiores; no Barrocal, existe uma forte associação para maiores consumos diários de produtos lácteos; e no Litoral existe uma clara evidência para a regularidade do consumo diário de peixe e fruta existentes. O Concelho de Tavira apresenta, assim, de uma forma estratificada e dispersa as características tradicionais do padrão alimentar mediterrâneo.

Os dados de várias investigações sugerem que as crianças não estão dotadas de uma capacidade inata para escolher alimentos em função do seu valor nutricional, pelo contrário, os seus hábitos alimentares são aprendidos através da

experiência, da observação e da educação ⁽³⁴⁾. O papel da família na alimentação e na educação alimentar das crianças e jovens é portanto inquestionável ⁽⁷⁹⁾.

Facto esse que demonstra mais uma vez a importância da família e da escola como principais fontes de conhecimento sobre temas da alimentação e nutrição para os jovens e adolescentes. No caso presente a escolaridade dos pais e as suas capacidade económicas parecem favorecer uma alimentação mais saudável por parte dos seus filhos. Perante a evidência destes resultados, podemos, e devemos intervir na comunidade com o objectivo de corrigir e melhorar os aspectos menos saudáveis detectados. Como o poderemos fazer é algo que se terá de discutir profundamente, pois o Estado e as organizações não governamentais (ONG's) envolvidas dificilmente conseguirão interferir na educação e poder económicos dos pais de forma a quebrar este ciclo de baixo desenvolvimento humano e má alimentação que começam a surgir mesmo nas zonas mais remotas do país.

A dieta mediterrânea deve portanto ser promovida, contudo, não só pelas autoridades de Saúde, mas também pelas pessoas que têm o poder de persuasão; as autoridades municipais, a restauração e os peritos do *marketing* ⁽⁴⁹⁾.

7 - CONCLUSÕES

Os valores encontrados do Índice *KIDMED* para a população escolar do Concelho de Tavira parecem-nos indicar 12,7% de “Dieta de baixa qualidade”, 63,0% de “Dieta com necessidade de ajustes” e 24,4% de “Dieta Mediterrânea”.

Os resultados deste estudo evidenciam claramente 3 variáveis que se associam com melhores padrões alimentares e indirectamente com melhores padrões nutricionais. São elas, as **“Habilitações dos pais”** com 35,0%, a **“Ocupação dos pais”** com 30,2% e o **“Grau de escolaridade dos discentes”** com 37,7%, ambas com valores de Índices *KIDMED* elevado (≥ 8).

Este estudo em 1952 discentes aparentemente representativos das crianças e adolescentes do Concelho de Tavira revela que existe uma expressão reduzida do modelo saudável da Dieta Mediterrânea, contudo, é de fazer notar que há uma elevada a expressão populacional que necessita de “pequenos ajustes”. Esta expressão desajustada permite-nos pensar que à semelhança do que se passa com os outros países mediterrâneos a ocidentalização é uma realidade também no Concelho de Tavira, e que lentamente, se está a desvirtuar o modelo saudável do mediterrânico, assim urge corrigir estes pequenos desvios do padrão da dieta mediterrânea e adapta-la aos tempos modernos sem perder de vista as suas características/qualidades que devidamente estudadas revelaram ser essenciais para a promoção e manutenção de saúde.

O facto de existir o hábito de consumir todos os dias uma peça de fruta ou sumos (100%); de consumir pelo menos uma vez por dia produtos hortícolas frescos (saladas), sopa ou legumes no prato; de existir uma apetência para o consumo regular de peixe; de se gostar de leguminosas; da inclusão ao pequeno-almoço de cereais e/ou pão; da utilização regular do azeite; de tomar diariamente

o pequeno-almoço com produtos lácteos e com reduzidos produtos de confeitaria, e de que a maioria, não costuma ir a restaurantes típicos de *fast-food* é algo a ponderar. Mais do que tudo, estes dados indicam-nos que o caminho passa muito pela manutenção dos hábitos e não apenas na sua mudança.

Os componentes da dieta mediterrânea tradicional estão aparentemente presentes na população escolar do Concelho de Tavira, apesar de, como foi dito, alguns hábitos necessitarem de serem melhorados.

Embora este projecto seja ainda incompleto, pensamos que pode trazer alguns contributos a uma área muito pouco estudada em nós, e permitir compreender alguns dos factores que influenciam os hábitos alimentares das crianças e jovens do Concelho de Tavira.

Os resultados deste estudo evidenciam a necessidade continuada de mais estudos quantitativos e qualitativos em crianças e adolescentes portugueses. O conceito de dieta mediterrânea aliado à estratégia de promoção deste modelo poderá ser novo motor de arranque para os mercados alimentares regionais e um meio positivo e economicamente viável de melhorar a saúde das populações mediterrâneas como a do Concelho de Tavira.

Um dos aspectos a reter, é o de ter chegado ao final deste trabalho, com a sensação de ter facultado à comunidade, um instrumento de fácil leitura, e bastante útil para o conhecimento *in loco* da realidade dos hábitos alimentares populacionais. Seria muito interessante voltar executar este instrumento com gerações vindouras.

Espero também ter despertado nas entidades com o "tal" poder de decisão, a ideia de realizar o estudo do Índice *KIDMED* em todas as regiões geográficas de Portugal.

8 - BIBLIOGRAFIA

1. Almeida MDV, Graça P, Rodrigues S: Mudanças do padrão de disponibilidade alimentar e recomendações alimentares. *Alimentação Humana*. 1999; Vol. 5, n.º 3, 29-36.
2. Rodrigues SS, de Almeida MD. Portuguese household food availability in 1990 and 1995. *Public Health Nutr* 2001; 4(5B): 1167-71.
3. Cruz JA. Dietary habits and nutritional status in adolescents over Europe--Southern Europe. *Eur J Clin Nutr* 2000; 54 Suppl 1:S29-35.
4. Rodrigues S, Almeida MDV. Conceitos e práticas alimentares em dois grupos etários de portuguesas. *Revista de Alimentação Humana. Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e alimentação* 1995; I(2) 4-18.
5. Serra Majem L, Bartrina JA, eds. *Alimentación infantil Y juvenil. Estudio enKid. Vol 3.* Barcelona: Masson, 2002.
6. Dislivro eds. *Autarquias Locais. Competências - Organização - Funcionamento.* Lisboa. 2002
7. Gingiliano D, et al. The Mediterranean diet: Origins and myths. *N Eng J Med* 2001; 344 (12): 904.
8. Woo J, et al. The Mediterranean score of dietary habits in Chinese populations in four different geographical areas. *Eur J Clin Nutr* 2001; 55(3): 215-20.
9. Trichopoulou A, Vasilopoulou E. Mediterranean diet and longevity. *Br J Nutr* 2000; 84 Suppl 2:S205-9.
10. Trichopoulou A, et al. Aderence to a Mediterranean Diet and Survival in Greek Population. *N Eng J Med* 2003; 328 (26): 2599-608.
11. Cruz JA. Dieta mediterrânica e saúde. *Revista Portuguesa de Nutrição. Centro de Estudos de Nutrição do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge* 1997; VII(2) 20-26.
12. Nestle M, Keys A, James WPT, Helsing E, Ferro-Luzzi. Mediterranean diets: science and policy implications. *Am J Clin Nutr* 1995; 61(6 Suppl): 1313S-1345S.
13. Helsing E, Trichopoulou A. The Mediterranean diet and food culture: a symposium. *Eur J Clin Nutr* 1989; 43(2): 1-92.
14. Noah A, Truswell AS. There are many Mediterranean diets. *Asia Pac J Clin Nutr* 2001; 10(1): 2-9.

15. Noah A, Truswell S. Commodities consumed in Italy, Greece and other Mediterranean countries compared with Australia in 1960s and 1990s. *Asia Pac J Clin Nutr* 2003; 12(1): 23-9.
16. Kallithraka S, El-Jazouli A, Zeghichi S, Simopoulos AP, Visioli F: Mediterranean Diets in the Maghreb. *World Rev Nutr Diet*. Basel, Karger, 2000; 87; 160-179.
17. Keys A, et al. Serum cholesterol and cancer mortality in the Seven Countries Study. *Am J Epidemiol* 1985; 121(6): 870-83.
18. Barbagallo CM, et al. Nutritional characteristics of a rural Southern Italy population: the Ventimiglia di Sicilia Project. *J Am Coll Nutr* 2002; 21(6): 523-9.
19. Simopoulos AP. The Mediterranean diets: What is so special about the diet of Greece? The scientific evidence. *J Nutr* 2001; 131(11 Suppl): 3065S-73S.
20. Ferro-Luzzi A, Branca F. Mediterranean diet, Italian-style: prototype of a healthy diet. *Am J Clin Nutr* 1995; 61(6 Suppl): 1338S-1345S.
21. Nestle M. Mediterranean diets: historical and research overview. *Am J Clin Nutr* 1995; 61(6 Suppl): 1313S-1320S.
22. de Lorgeril M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Delaye J, Mamelle N. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation* 1999; 99(6): 779-85.
23. de Lorgeril M, Salen P. Diet as preventive medicine in cardiology. *Curr Opin Cardiol* 2000; 15 (5):364-70.
24. Singh RB, Dubnov G, Niaz MA, Ghosh S, Singh R, Rastogi SS, Manor O, Pella D, Berry EM. Effect of an Indo-Mediterranean diet on progression of coronary artery disease in high risk patients (Indo-Mediterranean Diet Heart Study): a randomised single-blind trial. *Lancet* 2002; 360(9344): 1455-61.
25. Katsouyanni K, Skalkidis Y, Petridou E, Polychronopoulou-Trichopoulou A, Willett W, Trichopoulos D. Diet and peripheral arterial occlusive disease: the role of poly-, mono-, and saturated fatty acids. *Am J Epidemiol* 1991; 133(1): 24-31.
26. Martínez-González MA, et al. Role of fibre and fruit in the Mediterranean diet to protect against myocardial infarction: a case-control study in Spain *Eur J of Clin Nutr* 2002; 56; 715-722.

27. Lopez-Miranda J, Gomez P, Castro P, Marin C, Paz E, Bravo MD, Blanco J, Jimenez-Perez J, Fuentes F, Perez-Jimenez F. [Mediterranean diet improves low density lipoprotein susceptibility to oxidative modifications] *Med Clin (Barc)* 2000; 115(10): 379-80.
28. Filiberti R, Kubik A, Reissigova J, Merlo F, Bonassi S. Cancer, cardiovascular mortality, and diet in Italy and the Czech Republic. *Neoplasma* 1995; 42(5):275-83.
29. Vogel RA, Corretti MC, Plotnick GD. The postprandial effect of components of the Mediterranean diet on endothelial function. *J Am Coll Cardiol* 2000; 36(5): 1455-60.
30. Massaro M, De Caterina R. Vasculoprotective effects of oleic acid: epidemiological background and direct vascular antiatherogenic properties. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2002 12 (1):42-51.
31. Martinez-Gonzalez MA, Fernandez-Jarne E, Serrano-Martinez M, Marti A, Martinez JA, Martin-Moreno JM. Mediterranean diet and reduction in the risk of a first acute myocardial infarction: an operational healthy dietary score. *Eur J Nutr* 2002; 41(4): 153-60
32. Pitsavos C, Panagiotakos DB, Chrysoshoou C, Skoumas J, Papaioannou I, Stefanadis C, Toutouzias PK. The effect of Mediterranean diet on the risk of the development of acute coronary syndromes in hypercholesterolemic people: a case-control study (CARDIO2000). *Coron Artery Dis* 2002; 13(5): 295-300.
33. Demosthenes B, et al. Consumption of fruits and vegetables in relation to the risk of developing acute coronary syndromes; the CARDIO2000 case-control study. *Nutrition Journal* 2003; 2:2.
34. Mahan K, Escott -Stump S, eds. Krause - Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 10th ed. W. B. Saunders. 2002.
35. Callejo Gimenez E et al. Dietary habits of the population of an urban health district Aten Primaria 2003; 31(7): 421-427.
36. Ferro-Luzzi A, James WP, Kafatos A. The high-fat Greek diet: a recipe for all? *Eur J Clin Nutr* 2002; 56(9): 796-809.
37. Fishelson L, Bresler V, Abelson A, Stone L, Gefen E, Rosenfeld M, Mokady O. The two sides of man-induced changes in littoral marine communities: Eastern Mediterranean and the Red Sea as an example. *Sci Total Environ* 2002; 16; 296(1-3): 139-51.

38. Scali J, Richard A, Gerber M. Diet profiles in a population sample from Mediterranean southern France. *Public Health Nutr* 2001; 4(2): 173-82.
39. Guerra A, Feldl F, Koletzko B. Fatty acid composition of plasma lipids in healthy Portuguese children: is the Mediterranean diet disappearing? *Ann Nutr Metab* 2001; 45(2): 78-81.
40. Kafatos A, Verhagen H, Moschandreas J, Apostolaki I, Van Westerop JJ. Mediterranean diet of Crete: foods and nutrient content. *J Am Diet Assoc* 2000; 100(12): 1487-93.
41. Trichopoulou A. Mediterranean diet, legend and science. 2003 Abr – Jun; Disponível em: URL: http://www.oliveoil-info.com/26oT/Diatrofi_Trichopoulou.htm
42. Curtis B, O'Keefe J. Understanding the Mediterranean diet - Could this be the new "gold standard" for heart disease prevention? . *Postgraduate medicine* 2002; 112 (2).
43. Martinez-Gonzalez MA, et al. What is protective in the Mediterranean diet? *Atherosclerosis* 2003; 166(2): 405-7.
44. Trichopoulos D. In defense of the Mediterranean diet. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56(9): 928-9
45. Stark AH, Madar Z. Olive oil as a functional food: epidemiology and nutritional approaches. *Nutr Rev* 2002; 60(6): 170-6.
46. Ursini F, Sevanian A. Wine polyphenols and optimal nutrition. *Ann N Y Acad Sci* 2002; 957:200-9.
47. Trichopoulou A. Mediterranean diet: the past and the present. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2001; 11(4): 1-4.
48. Rumm-Kreuter D. Comparison of the eating and cooking habits of northern Europe and the Mediterranean countries in the past, present and future. *Int J Vitam Nutr Res* 2001; 71(3): 141-8.
49. Haber B. The Mediterranean diet: a view from history. *Am J Clin Nutr* 1997; 66(4 Suppl): 1053S-1057S.
50. Peres E. Editorial. *Revista de Alimentação Humana. Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação* 1996; II(3) 1-3.
51. Peres E. Prodigiosa alimentação Mediterrânea. *Revista de Alimentação Humana. Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação.* 1996 II(3) 5-7.

52. Su Q, Rowley KG, Itsiopoulos C, O'Dea K. Identification and quantitation of major carotenoids in selected components of the Mediterranean diet: green leafy vegetables, figs and olive oil. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56(11): 1149-54.
53. Visioli F, Galli C. The role of antioxidants in the Mediterranean diet. *Lipids* 2001; 36 Suppl: S49-52.
54. Ruidavets J, et al. Catechin in the mediterranean diet: vegetable, fruit or wine? , *J Am Diet Assoc* 2000; 100(12): 1487-93.
55. Martinez-Gonzalez MA, Fernandez-Jarne E, Martinez-Losa E, Prado-Santamaria M, Brugarolas-Brufau C, Serrano-Martinez M. Role of fibre and fruit in the Mediterranean diet to protect against myocardial infarction: a case-control study in Spain. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56(8): 715-22.
56. Pitsavos C, et al. The Adoption of Mediterranean Diet Attenuates the Development of Acute Coronary Syndromes in People with the Metabolic Syndrome. *Nutrition Journal*. 2003; 2:1.
57. Sanchez-Villegas A, Martinez JA, De Irala J, Martinez-Gonzalez MA. Determinants of the adherence to an "a priori" defined Mediterranean dietary pattern. *Eur J Nutr* 2002; 41(6): 249-57.
58. Simopoulos AP, Visioli F (eds): *Mediterranean Diets*. *World Rev Nutr Diet*. Basel, Karger, 2000, vol. 87, 1-126.
59. Frank B. The Mediterranean diet and mortality - Olive Oil and Beyond. *N Eng J Med* 2003; 328 (26): 2595-96.
60. Saldanha H. A oliveira e o azeite história antiga - realidade moderna. *Revista de Alimentação Humana*. Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e alimentação 1997; III(1) 11-12.
61. Marchioli R, Barzi F, Bomba E, et al. Early protection against sudden death by n-3 polyunsaturated fatty acids after myocardial infarction. *Circulation*. 2002 ; 105: 1897-903.
62. Von Schacky C. [Omega-3-fatty acids, Mediterranean cooking, low-fat diet. What really prevents myocardial infarct?] *MMW Fortschr Med* 2002; 144(3-4): 37-9.
63. Alarcon de la Lastra C, Barranco MD, Motilva V, Herrerias JM. Mediterranean diet and health: biological importance of olive oil. *Curr Pharm Des* 2001; 7(10): 933-50.

64. Skerrett PJ, Hennekens CH. Consumption of fish and fish oils and decreased risk of stroke. *Prev Cardiol* 2003; 6(1): 38-41.
65. Caicoya M. Fish consumption and stroke: a community case-control study in Asturias, Spain. *Neuroepidemiology* 2002; 21(3): 107-14.
66. Seccareccia F, Alberti-Fidanza A, Fidanza F, Farchi G, Freeman KM, Mariotti S, Menotti A. Vegetable Intake and Long-term Survival among Middle-aged Men in Italy. *Ann Epidemiol* 2003; 13(6): 424-30.
67. Karamanos B, et al. Nutritional habits in the Mediterranean Basin. The macronutrient composition of diet and its relation with the traditional Mediterranean diet. Multi-centre study of the Mediterranean Group for the Study of Diabetes (MGSD). *Eur J Clin Nutr*. 2002; 56(10): 983-91.
68. Aranceta J. Spanish food patterns. *Public Health Nutr* 2001; 4(6A): 1399-402.
69. Aranceta J, Perez Rodrigo C, Eguileor I, Marzana I, Gonzalez de Galdeano L, Saenz de Buruaga J. Food consumption patterns in the adult population of the Basque Country (EINUT-I). *Public Health Nutr* 1998; 1(3): 185-92.
70. Cruz JA, et al. Estudo dos hábitos alimentares e do estado nutricional de adolescentes escolarizados do Concelho de Lisboa (Ensino Oficial). *Revista Portuguesa de Nutrição*. Centro de Estudos de Nutrição do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge 2000. X(1 e 2) 5-58.
71. Serra-Majem L, Garcia-Closas R, Ribas L, Perez-Rodrigo C, Aranceta J. Food patterns of Spanish schoolchildren and adolescents: The enKid Study. *Public Health Nutr* 2001; 4(6A): 1433-8.
72. Martinez-Gonzalez MA, Holgado B, Gibney M, Kearney J, Martinez JA. Definitions of healthy eating in Spain as compared to other European Member States. *Eur J Epidemiol* 2000; 16(6): 557-64.
73. Moreno LA, Sarría A, Popkin BM. The nutrition transition in Spain: a European Mediterranean country. *Eur J of Clin Nutr* 2002; 56; 992-1003.
74. Gonzalez CA, Argilaga S, Agudo A, Amiano P, Barricarte A, Beguiristain JM, Chirlaque MD, Dorronsoro M, Martinez C, Navarro C, Quiros JR, Rodriguez M, Tormo MJ.

- [Sociodemographic differences in adherence to the Mediterranean dietary pattern in Spanish populations] Gac Sanit 2002; 16(3): 214-21.
75. Rodrigues S, Cardoso S, Almeida MDV. Hábitos alimentares: Conceitos e práticas-continuidade e mudança entre gerações. Revista de Alimentação Humana. Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação 2000. VI(3) 153-164.
76. Afonso C, Almeida MDV. Publicidade, Adolescentes e Alimentação Revista de Alimentação Humana. Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação 1995; I(2) 19-24.
77. Weight Realites Divison. Education Guidelines for Childhood Obesity Prevention Programs: Promoting Healthy Weight in Children. Journal of Nutrition Education and Behavior. Society for Nutrition Education 2003. 35(1) 1-4.
78. Figueiredo C, Nova E, Ribeiro H, Cabral M. A Criança, a Alimentação e a Escola. Revista Portuguesa de Nutrição. Centro de Estudos de Nutrição do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge 1994; VI(2) 5-52.
79. Moreira P, Peres E. Alimentação e Adolescentes. Revista de Alimentação Humana. Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação 1996; II(4) 4- 44.
80. 2003 Abr - Jun; Disponível em: URL: <http://www.ccr-algarve.pt>
81. 2003 Abr - Jun; Disponível em: URL: <http://www.amal.pt>
82. 2003 Abr - Jun; Disponível em: URL: <http://www.anafre.pt>
83. 2003 Abr - Jun; Disponível em: URL: <http://www.anmp.pt>
84. 2003 Jun - Jul; Disponível em: URL: <http://www.ine.pt>
85. Câmara Municipal de Tavira. Plano Director Municipal. 1994.
86. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2001.
87. Instituto Nacional de Estatística. Anuário estatístico da região do Algarve. 2001.
88. Direcção Geral de Agricultura do Algarve. Recenseamento Geral da Agricultura do Algarve. 1999.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Mapa geográfico da Bacia Mediterrânea	a1
Anexo 2: Mapa geográfico do Concelho de Tavira	a3
Anexo 3: Zonas Naturais do Concelho de Tavira	a5
Anexo 4: Questionário de avaliação dos hábitos alimentares da população escolar (Índice <i>KIDMED</i>)	a7
Anexo 5: Instruções para o preenchimento dos questionários	a9
Anexo 6: Descrição da Comunidade Educativa do Concelho de Tavira	a11

Anexo 1

The Mediterranean Basin

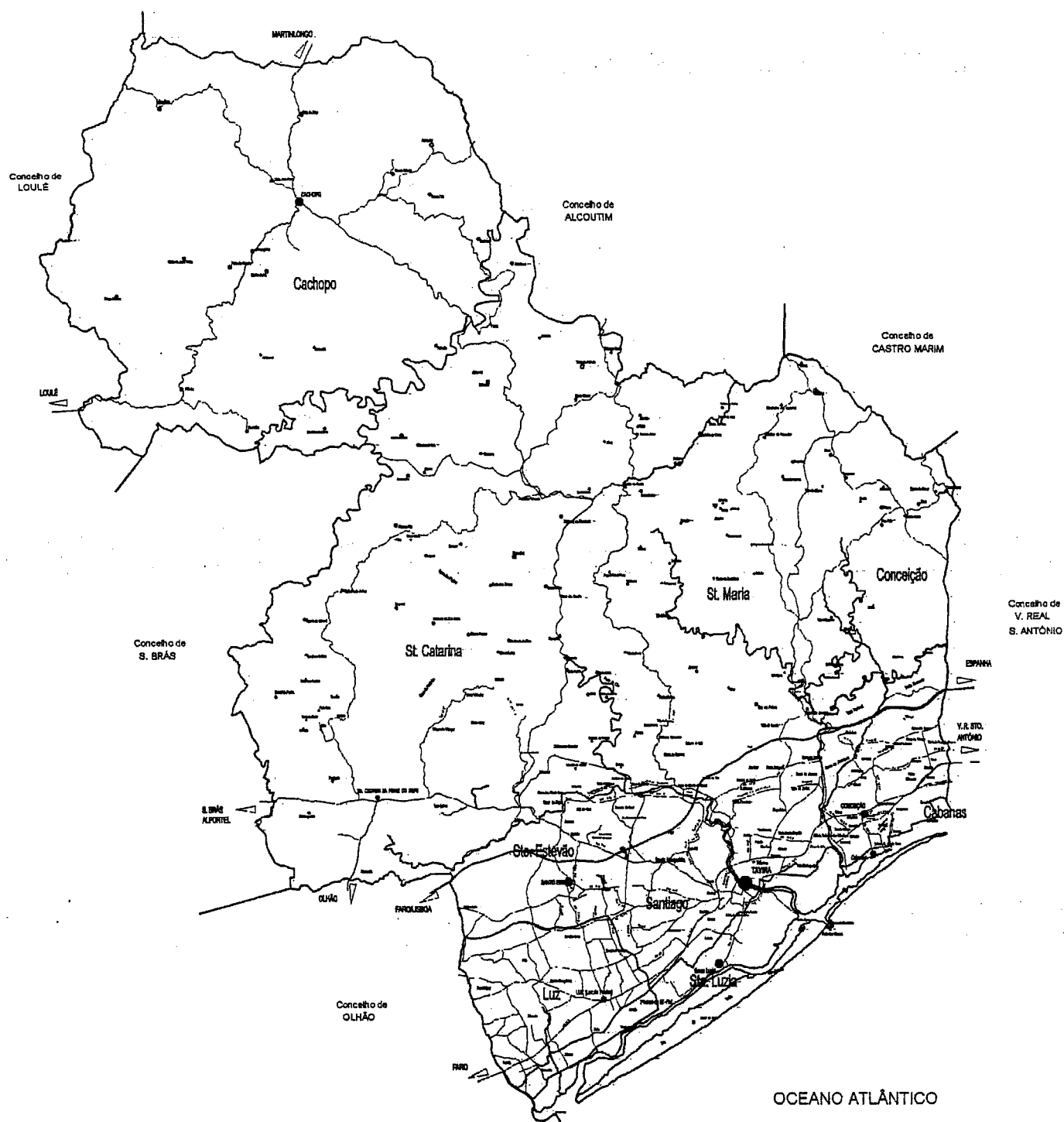


Figura 1 - Mapa geográfico da Bacia Mediterrânea.

Fonte:

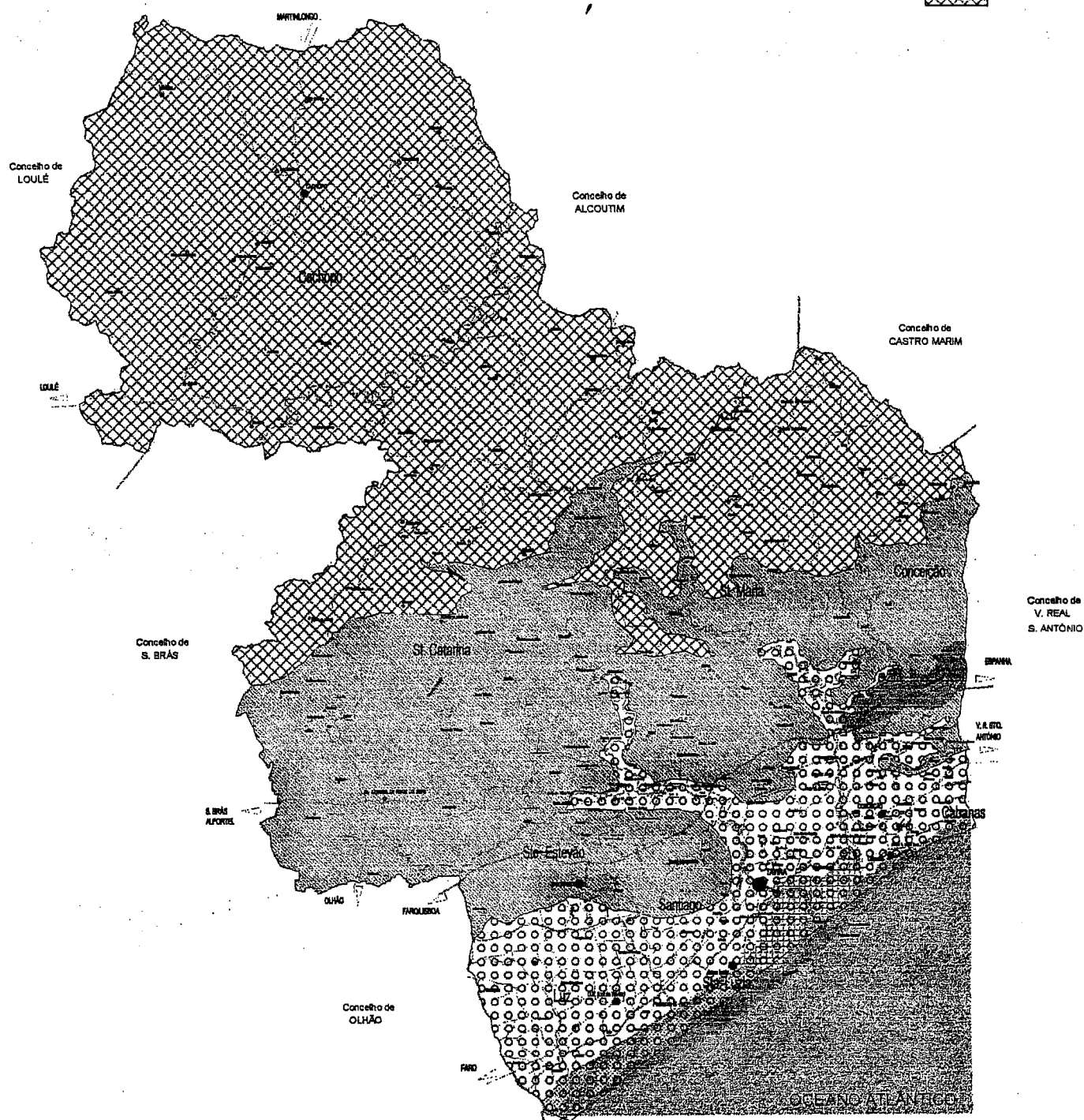
www.lib.utexas.edu/maps/europe.html

Anexo 2



Anexo 3

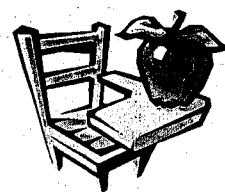
-  LITORAL
-  BARROCAL
-  SERRA



Anexo 4

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES DA POPULAÇÃO ESCOLAR DO CONCELHO DE TAVIRA

(Não preencher nestes espaços)



N.º Inquérito

Código Entrevistador

Código Entrevistado

(Dados do questionário são confidenciais)

Data do questionário (dia/mês/ano)

___/___/20___

Dados do aluno:

Nome completo: _____

Local de nascimento: _____

Data de nascimento (dia/mês/ano)

Morada: _____

___/___/19___

Freguesia: _____

Ano de escolaridade: _____

Telefone: _____

Idade:

Sexo:

Masculino ☐

Peso:

Feminino ☐

Altura:

 cm

Naturalidade do encarregado de educação: _____

A. Quais são as habilitações literárias dos teus pais? (Assinala duas opções se for necessário)

1. Não sabe ler
2. Não sabe ler nem escrever
3. Sem estudos mas lê e escreve
4. Primária incompleta
5. Primária completa
6. 2º ciclo (5º e 6º anos de escolaridade)
7. 3º ciclo (7º, 8º e 9º anos de escolaridade)
8. Ensino secundário (10º, 11º e 12º anos de escolaridade)
9. Ensino universitário de grau médio (Bacharelato)
10. Ensino universitário de grau superior (Licenciatura)
11. Outros _____

B. Qual é a ocupação dos teus pais? (Assinala duas opções se for necessário)

1. Dono de empresa (Director ou gestor)
2. Quadros superiores (Técnico superior, profissional, cientista)
3. Profissional liberal (Advogado, arquitecto, juiz...)
4. Quadro médio (Técnicos)
5. Empregado de escritório (Recepção, secretária, auxiliar administrativo...)
6. Empregado do comércio (balcão, caixa...)
7. Empregado de restauração (cozinheiro, empregado de mesa...)
8. Agricultor
9. Pescador
10. Operário especializado (Indústria, manufactura, construção)
11. Trabalhador manual ou serviços pessoais (artesanato ou venda ambulante)
12. Outras _____

C. Com quem vives a maior parte do tempo?

1. Pais e irmãos
2. Só pais
3. Outras. Quem? _____

D. Qual o tipo de casa onde vives?

1. Vivenda própria
2. Apartamento próprio
3. Casa/apartamento alugado
4. Outra _____

1.- Habitualmente, costumás consumir 1 peça de fruta ou sumo de fruta (100% natural) todos os dias?	Sim	☐	Não	☐
2.- Consomes duas peças de fruta todos os dias?	Sim	☐	Não	☐
3.- Habitualmente, consomes produtos hortícolas frescos (saladas), sopa ou legumes no prato, pelo menos uma vez por dia?	Sim	☐	Não	☐
4.- Habitualmente, consomes produtos hortícolas frescos ou no prato? (2 ou mais vezes por dia)	Sim	☐	Não	☐
5.- Consomes peixe com regularidade? (2 a 3 vezes por semana ou mais)	Sim	☐	Não	☐
6.- Costumas ir a restaurantes típicos de <i>fast - food</i> (Mc - Donald's, Telepizza, Pizza Hut...), uma ou mais vezes por semana?	Sim	☐	Não	☐
7.- Gostas de leguminosas? (feijão, lentilhas, grão, ervilhas, favas...)	Sim	☐	Não	☐
8.- Costumas ingerir diariamente massas alimentícias (macarrão, esparguete...) ou arroz? (± 5 vezes por semana)	Sim	☐	Não	☐
9.- E ao pequeno - almoço, costumás ingerir cereais de pequeno - almoço e/ou pão?	Sim	☐	Não	☐
10.- Costumas ingerir com regularidade frutos secos (nozes, amêndoas, pinhões, avelãs...) ? (2 a 3 vezes por semana ou mais)	Sim	☐	Não	☐
11.- E na tua casa, é costume utilizar regularmente o azeite?	Sim	☐	Não	☐
12.- Costumas tomar o pequeno - almoço todos os dias?	Sim	☐	Não	☐
13.- Costumas tomar produtos lácteos ao pequeno- almoço? (leite, iogurte, queijo ou requeijão)	Sim	☐	Não	☐
14.- Costumas tomar ao pequeno - almoço produtos de confeitaria? (<i>croissants</i> , bolachas, etc...)	Sim	☐	Não	☐
15.- Costumas comer dois iogurtes e/ou 40g de queijo (± 2 fatias pequenas), por dia?	Sim	☐	Não	☐
16.- Habitualmente comes guloseimas algumas vezes ao dia? (chocolate, caramelos...)	Sim	☐	Não	☐

Anexo 5

AVALIAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES DA POPULAÇÃO ESCOLAR DO CONCELHO DE TAVIRA

A função da alimentação saudável é promover a saúde através da ingestão de componentes alimentares e nutrientes específicos que permitam um crescimento e desenvolvimento normais, um metabolismo químico-energético adequado, a prevenção de patologias e o consequente bem-estar físico, psíquico e social.

Uma alimentação saudável, variada, equilibrada e adequada às necessidades individuais, é fundamental para prevenir o aparecimento de um conjunto de doenças de elevada prevalência na comunidade. A obesidade, a diabetes de tipo II, a hipertensão arterial (HTA), as dislipidemias, as doenças cardiovasculares e algumas formas de cancro.

Neste contexto e no âmbito da intervenção comunitária em matéria de alimentação e saúde, está a decorrer um estudo sobre a avaliação dos hábitos alimentares da população escolar do concelho de Tavira. A análise será feita a partir da aplicação de inquéritos alimentares que irão ser preenchidos com a ajuda dos professores, educadores, e se necessário dos encarregados de educação. Este trabalho tenta quantificar pela 1ª vez os hábitos alimentares desta população.

No final serão realizadas acções de formação a determinados grupos-alvo da população, cujo o principal objectivo será a correcção dos hábitos alimentares desviantes do padrão alimentar considerado saudável.

No âmbito da nutrição comunitária em Câmaras Municipais este é um inquérito pioneiro a nível nacional. Gostaríamos que participasse connosco. Os resultados deste trabalho serão publicados posteriormente, e a sua participação será devidamente anunciada.

Pedro Santos

Nutricionista

Instruções para preenchimento do questionário:

- ☒ É importante que os alunos respondam da **forma** mais **honest**a possível e que não sintam o questionário como um teste de avaliação;
- ☒ **Questionário** constituído por **uma só folha (frente e verso)**.

Na Frente:

- ☒ **Não preencher** o espaço dos **códigos e n.º de inquérito**;
- ☒ Preencher de **forma legível** os dados identificativos;
- ☒ Nos dados relativos à **morada e freguesia**, tente ser o **mais pormenorizado possível**;

No Verso:

- ☒ **Ler bem** as questões **antes de preencher**;
- ☒ Não esquecer que a **semana** tem apenas **7 dias**;
- ☒ As **questões** apresentadas **só** têm **dois tipos de resposta** (**Sim ou Não**).

Obrigado pela sua colaboração!

Com a sua preciosa ajuda vai ser possível analisar e compreender o tipo de alimentação dos nossos discentes.

***Estudo devidamente autorizado pelos Presidentes do Conselho Executivo dos
respectivos Agrupamentos de Escolas***

Dados da escola:

Agrupamento de escolas: _____

Nome do professor: _____

Nome da escola: _____

Morada: _____

Freguesia: _____

Localidade: _____

Telefone da escola: _____

Ensino:

Pré - escolar

☐

Básico

☐

Dados da turma:

N.º de alunos inquiridos na turma: _____

N.º total de alunos da turma: _____

Identificação da turma: _____

Ano de escolaridade: _____

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo 6

Edifícios	N.º de discentes		N.º de docentes		N.º de funcionários adaptados (Serv. Ref.)	
	Pré-escolar	1º C.E.B	Pré-escolar	1º C.E.B	Pré-escolar	1º C.E.B
EB 1-Tavira N.º 1	----	247	----	11	----	----
EB 1 Bernardinheiro	----	9	----	1	----	----
Jardim de Infância- O ECO	75	----	3	----	1	----
EB 1 Luz	----	71	----	4	----	1
EB 1 Livramento	----	27	----	2	----	1
EB 1 Amaro Gonçalves	----	13	----	1	----	1
Jardim de Infância da Luz	53	----	3	----	1	----
EB 1 Santa Luzia N.º 1	----	29	----	2	----	----
EB 1 Santa Luzia N.º 2	----	25	----	2	----	1
EB 1 Santo Estevão	----	27	----	2		1*
EB 1 Malhão Norte	----	8	----	1	----	----
Jardim de Infância de Sto. Estêvão	25	----	1	----	1*	----
Sub-Total	153	456	7	26	3	4
Total	609		33		7	

* mesma funcionária.

Quadro 1 - Comunidade Educativa do Agrupamento Horizontal (EB1- Tavira N.º1).

Edifícios	N.º de discentes			N.º de docentes			N.º de funcionários adaptados (Serv. Ref.)		
	Pré-escolar	1º C.E.B	2º, 3º C.E.B	Pré-escolar	1º C.E.B	2º, 3º C.E.B	Pré-escolar	1º C.E.B	2º, 3º C.E.B
EB 2, 3 D. Paio Peres Correia	----	----	489	----	----	46	----	----	5
EB 1 nº2 de Tavira	----	281	----	----	11	----	----	2	----
EB 1 Conceição nº1	----	31	----	----	2	----	----	1*	----
EB 1 Corte António Martins	----	17	----	----	1	----	----	----	----
EB 1 Ribeirinha	----	8	----	----	1	----	----	1	----
Jardim de Infância da Conceição	20	----	----	1	----	----	1*	----	----
EB 1 Cabanas	----	31	----	----	2	----	----	1	----
Sub-Total	20	368	489	1	17	46	1	4	5
Total		877			64			10	

* mesma funcionária.

Quadro 2 - Comunidade Educativa do Agrupamento Vertical (EB 2, 3 – D. Paio Peres Correia).

Edifícios	N.º de discentes			N.º de docentes			N.º de funcionários adaptados (Serv. Ref.)		
	Pré-escolar	1º C.E.B	2º, 3º C.E.B	Pré-escolar	1º C.E.B	2º, 3º C.E.B	Pré-escolar	1º C.E.B	2º, 3º C.E.B
EB 2,3 D. Manuel I	----	----	728	----	----	82	----	----	6
EB 1 Cachopo	----	11	----	----	1	----	----	1	----
EBM 2, 3 Cachopo	----	11	----	----	2	----	----	----	----
EB 1 Santa Catarina	----	33	----	----	2	----	----	----	----
EB 1 Porto Carvalhoso	----	7	----	----	1	----	----	----	----
EB 1 Marco	----	7	----	----	1	----	----	----	----
EB 1 Várzea Vinagre	----	6	----	----	1	----	----	----	----
Sub-Total	----	75	728	----	8	82	----	1	6
Total	803			90			7		

Quadro 3 - Comunidade Educativa do Agrupamento Vertical (EB 2, 3 – D. Manuel I).