



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública

**ESCOLHAS ALIMENTARES E DE ATIVIDADE FÍSICA:
*fatores moduladores das opções dos adolescentes***

Susana Margarida Macedo Cardoso

Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública, especialidade Promoção da Saúde, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Isabel Loureiro

Lisboa, 2017

Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública, especialidade Promoção da Saúde, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Isabel Loureiro

Comissão Tutorial:

Professora Doutora Carla Nunes

Mestre Osvaldo Santos

AGRADECIMENTOS

Após um longo caminho percorrido, há que manifestar um sentido agradecimento às pessoas que me acompanharam, porque este não foi um caminho solitário.

Em primeiro lugar, agradeço à Professora Doutora Isabel Loureiro pelo conhecimento e orientação. Pela disponibilidade e pelas palavras de alento que sempre teve para me oferecer, muito obrigada.

Ao Mestre Osvaldo Santos pela coorientação, pelos ensinamentos preciosos numa área que muito se afastava da minha formação inicial, pela atenção e disponibilidade.

À Professora Doutora Carla Nunes, pela permanente disponibilidade e apoio rigoroso e atento. Sem a sua ajuda, o tratamento estatístico teria sido muito mais árduo.

Ao Padre José Lopes sj., que sempre soube compreender a minha vontade de aprender, incentivando-a e criando as condições necessárias para que fosse possível conciliar emprego e trabalho de doutoramento. Ao Doutor António Franco, por ter permitido a manutenção dessas mesmas condições.

Ao Professor Doutor Teodoro Briz, por uma conversa profícua, na fase inicial de elaboração do projeto e que me colocou no caminho certo.

À Mestre Isabel Andrade, pela disponibilidade e ajuda ao nível da bibliografia.

Às Direções das escolas, pela autorização para realização deste estudo e aos pais e adolescentes que acederam em participar.

Aos amigos que estiveram lá para mim. À Rosa pelo apoio e ajuda sempre que foi preciso conselho ao nível das traduções. À Margarida e à Filomena, por me ouvirem e constituírem pilares essenciais para a manutenção de um espírito combativo. Ao Patrício pelo inabalável encorajamento da realização do doutoramento. Ao Rui pelas sugestões preciosas. Ao João pela ajuda sempre disponível. Ao Eduardo pelo importante apoio e incentivo, sobretudo nos primeiros anos do projeto. A todos aqueles que me incentivaram e acompanharam em momentos mais tensos.

À minha família, especialmente aos meus pais, pelo apoio incondicional e por acreditarem em mim. E à Beatriz, pela paciência, compreensão pelos momentos em que se viu privada de alguma da minha atenção e até alguma cumplicidade que me inspirou a continuar.

RESUMO

Introdução: Um estilo de vida adequado, especialmente ao nível dos hábitos alimentares e de atividade física, é crucial para uma vida saudável. Hábitos iniciados a partir da infância e perpetuados pela vida adulta, apresentam impacto considerável na saúde do indivíduo e na saúde pública, estando associados às principais causas de morte e a gastos em saúde.

Os determinantes das opções alimentares e de atividade física são diversos e interagem de uma forma complexa. A compreensão desta rede de fatores, na fase da adolescência, é especialmente importante, sendo o objetivo principal deste trabalho. Esta é uma fase de transição e de importante oportunidade de intervenção para alterar determinantes dos comportamentos. Este estudo pretende identificar e caracterizar determinantes das escolhas alimentares e de atividade física dos adolescentes.

Material e Métodos

Realizou-se um estudo transversal, sobre uma amostra de adolescentes, com idades compreendidas entre 14 e 18 anos de idade, provenientes de duas escolas de Coimbra. De uma abordagem quantitativa, passou-se a uma abordagem qualitativa. Para o estudo quantitativo aplicaram-se as escalas: EHA (escala de hábitos alimentares), IPAQ (questionário internacional de atividade física), TAA-25 (teste de atitudes alimentares) e a GSQ (escala de autoeficácia geral). Estudaram-se as variáveis: sexo, idade e escalão socioeconómico, tal como as decorrentes da aplicação das escalas, aplicando testes estatísticos. Para o estudo qualitativo, a partir dos resultados da abordagem quantitativa, foram selecionados subgrupos com características diferentes: Grupo A: alunos com elevado *score* de comportamentos alimentares ($EHA \geq 160$) e padrão adequado de atividade física (moderada ou elevada), subdividido em A1. (boa autoeficácia e sem risco de patologia do comportamento alimentar) ou A2. (alunos com risco de patologia alimentar; razoável autoeficácia) e Grupo B: alunos com baixo *score* de EHA ($EHA \leq 125$), subdividido em B1. (sedentários; sem risco de patologia do comportamento alimentar; com baixa autoeficácia) ou B2. (bom padrão de atividade física; com risco de patologia do comportamento alimentar) ou B3. (com bom padrão de atividade física, sem risco de patologia do comportamento alimentar). Procedeu-se então a uma abordagem do tipo *grounded theory*, com entrevista semiestruturada e codificação aberta pelo método de Charmaz. Pesquisaram-se determinantes biológicos, ambientais e socioculturais percebidos pelos adolescentes.

Resultados

Existem diferenças significativas entre os sexos, ao nível das escolhas alimentares, atitudes alimentares, atividade física e percepção de autoeficácia geral. As raparigas apresentam hábitos alimentares mais adequados ($t=3,84$; $p<,0001$; r^2 ajustado= $,037$, $p<,0001$), sobretudo no que respeita às subdimensões qualidade e quantidade. Os rapazes apresentam menos 5,5 valores de média em escala EHA do que as raparigas. As raparigas omitem mais frequentemente o pequeno-almoço, ingerem menos alimentos ricos em fibra, ingerem mais doces entre refeições, petiscam mais, bebem menos água e ingerem menor quantidade de peixes gordos. No entanto, tendo em conta os restantes itens e a classificação da escala no geral, as raparigas apresentam melhores hábitos alimentares.

As raparigas referem também fazer menos atividade física ($\chi^2_{(2)}= 28,2$, $p<,001$) e apresentam maior risco de desenvolver patologia do comportamento alimentar ($t=3,54$; $p<,0001$; $OR=4,04$). Este risco parece dever-se especialmente a uma diferente motivação para a magreza e percepção de menor autoeficácia geral ($t=2,45$; $p =,015$), obtendo piores resultados sobretudo ao nível das subdimensões iniciativa e persistência e eficácia social. Através de regressão multinomial verifica-se que o sexo e a autoeficácia geral assumem influência relevante sobre os hábitos alimentares. Os ideais de beleza podem influenciar este efeito registado ao nível dos sexos. As raparigas desenvolvem estratégias para perder peso, o que pode passar pela omissão do pequeno-almoço e por comportamentos que predispõem para o distúrbio do comportamento alimentar. Já os rapazes, para os quais o ideal de beleza inclui o corpo mesomórfico, referem maior atividade física, associado ao objetivo de conseguir maior massa muscular. A resistência à adversidade será, para eles, uma das subdimensões da autoeficácia geral com maior peso nas escolhas, estando associada igualmente à percepção de autocontrolo.

A percepção de autoeficácia, cujo efeito assume maior relevância para os rapazes, funcionará como um fator protetor que reduzirá as opções pouco saudáveis.

Quer os hábitos alimentares, quer o padrão de atividade física, apresentam correlação significativa com as atitudes alimentares e com o risco de desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar ($r_{SP}=.203$, $p<,001$ e $r_{SP}=.181$, $p<,001$ respetivamente) e autoeficácia geral ($r=.26$, $p<,001$ e $r_{SP}=.179$, $p<,001$, respetivamente). As situações de risco de desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar surgem ao nível dos adolescentes com melhores hábitos alimentares.

A partir das entrevistas realizadas aos subgrupos de hábitos alimentares antagónicos, identificaram-se determinantes da escolha alimentar percebidos pelos adolescentes de ambos os grupos. Os mais referenciados foram (por ordem decrescente): a influência da família, preferências em termos de paladar, hábitos familiares, regras de alimentação saudável e disponibilidade. Os determinantes referenciados por maior número de adolescentes foram influência da família e hábitos familiares, percepção do risco, conhecimento das regras de alimentação saudável e preferências alimentares. Juntam-se às mencionadas referências, fatores como percepção de autocontrolo, sensações de bem ou mal-estar, influência dos pares, fome/saciedade, o facto de se encontrarem a desenvolver ou não tarefas, impulsividade, tempo disponível, humor/*stress* e preço dos alimentos.

Para a atividade física foram sobretudo referidos como determinantes da escolha o bem-estar e a saúde. Alguns referiram a companhia como motivadora e, como limitadores, a preguiça e o tempo disponível.

Conclusões

As diferenças encontradas ao nível dos sexos, justificam intervenções diferenciadas. Fatores como a autoimagem poderão ser trabalhados.

A família deverá ser considerada como integrante das intervenções ao nível da educação para a saúde e estas intervenções deverão fazer parte dos currículos escolares.

Medidas administrativas tomadas pelas escolas e pelos agentes governativos, concretamente no que toca ao funcionamento das cantinas escolares e organização de horários, poderão facilitar as escolhas mais saudáveis, modulando o efeito de determinantes como tempo disponível e disponibilidade.

Palavras-Chave: adolescentes, escolhas alimentares, atividade física, atitudes alimentares, autoeficácia.

ABSTRACT

Introduction: A proper lifestyle, especially in what food habits and physical activity are concerned, are crucial to a healthy life. Habits that have been initiated during childhood and are perpetuated throughout adulthood, have an important impact on the individual's health and in public health, and are associated to the main causes of death and to the health spending.

The factors that determine the options that we make in food and physical activity are different and interact in a complex way. Understanding this network of factors is the main goal of this work and it is especially important during adolescence. This is a time of transition and it is an important opportunity to intervene in order to alter some factors that determine behaviors. This study aims at identifying and characterizing the factors that determine the adolescents' food and physical activity choices.

Material and methods

It was done a transversal study, based on a sample of 358 adolescents, aged between 14 and 18, from two schools in the area of Coimbra. From a quantitative approach, we moved to a qualitative approach. To the quantitative study were used the scales: EHA (eating habits scale), IPAQ (international physical activity questionnaire), TAA-25 (eating attitudes test) and the GSQ (general self-efficacy questionnaire). The following variables were studied: gender, age and socioeconomic level, as well as the ones that derive from the application of the scales, using statistic tests. To the qualitative study, after analyzing the results of the quantitative approach, we selected subgroups with different characteristics: Group A: students with a high score in eating behaviors ($EHA \geq 160$) and a good pattern of physical activity (moderated and high), divided in A1. (good self-efficacy and without a risk of an eating disturbances) or A2. (students with a risk of pathology, a reasonable self-efficacy) and Group B: students with a low EHA score, that had inappropriate eating behaviors ($EHA \leq 125$), divided in B1. (sedentary individuals, with no risk of pathology, all of them with low self-efficacy), or B2. (with a risk of pathology, a good pattern of physical activity) or B3. (with a good pattern of physical activity and without a risk of pathology). Then we moved into an approach of the type *grounded theory*, with a semi-structured interview and coding by the Charmaz method. There were researched the determinant factors that were perceived by the adolescents, such as biological, environmental and sociocultural factors.

Results

There are significant differences between different genders, in what food choices,

physical activity, eating attitudes and general self-efficacy are concerned. Girls present more appropriate eating habits ($t=3,84$; $p<,0001$; r^2 ajustado= $,037$, $p<,0001$), especially relating to the sub dimensions quality and quantity. Boys present less 5,5 values in the EHA scale than girls. Girls skip breakfast more often, ingest less food items rich in fiber, ingest more sweets between meals, snack more, drink less water and ingest a smaller amount of fat fishes. Nevertheless, taking into account the other items and the classification of the scale in general, girls present better eating habits.

Girls refer to develop less physical activity ($\chi^2_{(2)} 28,2$, $p<,001$) and a higher risk of developing an eating disturbances ($t=3,54$; $p<,0001$; $OR=4,04$). This risk is likely to be caused by a different motivation to be thin and a lower general self-efficacy (test $t=2,45$; $p<,015$), getting lower results especially in the sub dimensions initiative and persistence and social efficiency. Through the multinomial regression, we can see that gender and general self-efficacy have a big influence on eating habits. The ideals of beauty can influence this effect that is registered in what genders are concerned. Girls develop strategies to lose weight, that can be to skip breakfast and that can lead to behaviors that may predispose to an eating disorder. However, in the case of boys, whose ideal of beauty include a mesomorphic body, develop a more frequent physical activity to get a greater muscle mass. Resisting adversity will be one of the general self-efficacy sub dimensions that have a bigger importance in the choices, being also associated to self-control.

Self-efficacy perception, whose effect is more relevant in boys, will work as a protective factor that will reduce unhealthy options.

Both eating habits and also the physical activity pattern present a significant correlation with the eating attitudes/risk of developing an eating pathology ($r_{SP}=.203$; $p<,001$ and $r_{SP}=.181$, $p<,001$ respectively), and general self-efficacy ($r=.26$, $p<,0001$ and $r_{SP}=.179$, $p<,001$, respectively). The situations of risk to develop an eating pathology appear in adolescents with better eating habits.

Through the interviews that were done to the subgroups of different eating habits, it was possible to identify determinant factors that were perceived by adolescents in both groups. The ones that were more often mentioned (in a decreasing order) were family influence, taste preferences, family habits, healthy eating rules and availability. The ones that were mentioned by a bigger number of adolescents were family influence and family habits, risk perception, knowledge of healthy eating rules and eating preferences. At the same other factors are mentioned, such as self-control, feeling well or bad, peer influence, feeling hungry or full, developing a task or not, impulsiveness,

time available, humor/stress and cost.

In what refers to physical activity, the factors that were mentioned were especially well-being and health. Some pointed out company as motivating, and as limiters, lazyness and available time.

Conclusions

The differences found in gender, can justify differentiated interventions. Factors like self-image can be worked on.

Family must be considered as an integrating part of the interventions that are related to health education and these interventions should be part of school curricula.

Administrative measures, taken by schools and government agents, especially in what concerns the way school canteens work and the way timetables are organized can make healthy choices easier, modulating the effect that determinant factors such as available time and availability may have.

Key-words: adolescents, food choices, physical activity, eating attitudes, self-efficacy

INDICE GERAL

CAPÍTULO I. INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO II. REVISÃO DA LITERATURA	23
1. ADOLESCÊNCIA E COMPORTAMENTO ALIMENTAR	24
2. DETERMINANTES DA ESCOLHA ALIMENTAR	25
2.1. DETERMINANTES BIOLÓGICOS E EXPERIÊNCIA ALIMENTAR	25
2.2. DETERMINANTES ECONÓMICOS E AMBIENTAIS	27
2.3. DETERMINANTES SOCIOCULTURAIS	29
2.3.1. <u>Influência dos pares</u>	30
2.3.2. <u>Influência da família e estilo parental</u>	31
2.4. DETERMINANTES PSICOLÓGICOS	33
3. DETERMINANTES DA ATIVIDADE FÍSICA	33
3.1. DETERMINANTES BIOLÓGICOS E EXPERIÊNCIA DE ATIVIDADE FÍSICA	34
3.2. DETERMINANTES ECONÓMICOS E AMBIENTAIS	35
3.3. DETERMINANTES SOCIOCULTURAIS	36
3.3.1. <u>Influência dos pares</u>	36
3.3.2. <u>Influência da família</u>	36
3.4. DETERMINANTES PSICOLÓGICOS	37
4. RISCO DE DISTÚRBO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR	37
5. SEDENTARISMO E DOENÇA	40
6. LITERACIA EM SAÚDE	41
7. MODELOS EXPLICATIVOS DO COMPORTAMENTO EM SAÚDE	44
CAPÍTULO III. OBJETIVOS	52
1. CONTEXTO	53
2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	53
3. OBJETIVOS	53
3.1. OBJETIVO GERAL	53
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	54
3.3. PUBLICAÇÕES	54
CAPÍTULO IV. MATERIAL E MÉTODOS	56
1. MATERIAL E MÉTODOS	57
1.1. TIPO DE ESTUDO	57
1.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	57
1.3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO	58
1.4. PRIMEIRA FASE DO ESTUDO (ESTUDO QUANTITATIVO)	58

1.4.1. <u>Recolha de dados</u> -----	59
1.4.1.1. <u>EHA</u> -----	59
1.4.1.2. <u>TAA-25</u> -----	60
1.4.1.3. <u>IPAQ</u> -----	61
1.4.1.4. <u>GSQ</u> -----	63
1.4.2. <u>Tratamento estatístico</u> -----	64
1.4.3. <u>Dados adicionais</u> -----	65
1.4.4. <u>Descrição das Variáveis</u> -----	65
1.4.5. <u>Desenho e fases do estudo</u> -----	68
1.5. SEGUNDA FASE DO ESTUDO (ESTUDO QUALITATIVO) -----	69
1.5.1. <u>Grounded theory</u> -----	69
1.5.2. <u>Entrevista</u> -----	71
1.5.3. <u>Seleção de subgrupos para abordagem qualitativa</u> -----	73
1.6. QUESTÕES ÉTICAS -----	73
CAPÍTULO V. RESULTADOS -----	74
1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA -----	75
2. CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES, DE ATIVIDADE FÍSICA, DE ATITUDES ALIMENTARES E DE PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA GERAL -----	76
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES -----	76
2.1.1. <u>Distribuição dos hábitos alimentares por sexo</u> -----	77
2.1.2. <u>Caracterização dos hábitos alimentares por idade e escalão socioeconómico</u> -----	80
2.2. CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE ATIVIDADE FÍSICA -----	81
2.2.1. <u>Distribuição do padrão de atividade física, aferido pelo IPAQ, por sexo</u> -----	81
2.2.2. <u>Caracterização do padrão de atividade física, aferido pelo IPAQ, por idade e escalão socioeconómico</u> -----	82
2.3. CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE ATITUDES ALIMENTARES (RISCO DE DESENVOLVER PATOLOGIA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR) -----	82
2.3.1. <u>Caracterização do padrão de atitudes alimentares (risco de desenvolver patologia do comportamento alimentar) por sexo</u> -----	82
2.3.2. <u>Caracterização do padrão de atitudes alimentares (risco de desenvolver patologia do comportamento alimentar) por idade e escalão socioeconómico</u> -----	84
2.4. CARACTERIZAÇÃO DO GRAU DE AUTOEFICÁCIA GERAL -----	85

2.4.1. <u>Caracterização do grau de Autoeficácia Geral por sexo.</u> -----	85
2.4.2. <u>Caracterização do grau de Autoeficácia geral por idade e escalão socioeconómico.</u> -----	85
3. DETERMINANTES DOS HÁBITOS ALIMENTARES PIORES/MÉDIOS/MELHORES -----	87
4. PESQUISA DE ASSOCIAÇÃO ENTRE HÁBITOS ALIMENTARES, ATIVIDADE FÍSICA, RISCO DE DESENVOLVER PATOLOGIA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR E AUTOEFICÁCIA GERAL. -----	91
4.1. RELAÇÃO ENTRE HÁBITOS ALIMENTARES E ATIVIDADE FÍSICA -----	91
4.2. RELAÇÃO ENTRE HÁBITOS ALIMENTARES E ATITUDES ALIMENTARES/RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE PATOLOGIA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR -----	91
4.3. RELAÇÃO ENTRE HÁBITOS ALIMENTARES E AUTOEFICÁCIA GERAL -----	92
4.4. RELAÇÃO ENTRE PADRÃO DE ATIVIDADE FÍSICA E ATITUDES ALIMENTARES (RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE PATOLOGIA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR) -----	93
4.5. RELAÇÃO ENTRE PADRÃO DE ATIVIDADE FÍSICA E AUTOEFICÁCIA GERAL -	93
5. ESTUDO QUALITATIVO -----	95
5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E SELECÇÃO DOS SUBGRUPOS EM ANÁLISE -----	95
5.2. CODIFICAÇÃO E FREQUÊNCIAS DE REFERENCIAÇÃO -----	97
5.3. ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS	
5.3.1. <u>Análise relativa às escolhas alimentares</u> -----	100
<u>CATEGORIAS ENCONTRADAS A PARTIR DAS ENTREVISTAS</u>	
Categoria 1 - Vulnerabilidade (atribuição de papel relevante no controle da saúde) -----	101
Subcategoria 1.1. Particularidades pessoais -----	101
Subcategoria 1.2. Autocontrolo e dificuldade em resistir a tentações alimentares -----	102
Subcategoria 1.3. Perceção da influência da alimentação no bem-estar ou mal-estar -----	105
Subcategoria 1.4. Regras de alimentação saudável/crenças -----	105
1.4.1 regras de alimentação saudável/crenças -----	105
1.4.2 preocupação com a saúde -----	107
1.4.3 preocupação com o peso -----	109

1.4.4 percepção do risco -----	110
Categoria 2 - Influência dos pares (amigos/companhia) -----	112
Categoria 3 - Fome/saciedade -----	114
Categoria 4 - Família (hábitos familiares e pressão familiar) -----	115
Categoria 5 - Neofobia/neofilia -----	119
Categoria 6 - Dinâmica (envolvimento ativo em tarefas ou momentos de ócio) --	120
Categoria 7 – Custo -----	122
Categoria 8 – Disponibilidade -----	122
Subcategoria 8.1. disponibilidade -----	122
Subcategoria 8.2. oportunidade -----	124
Categoria 9 – Preferências alimentares -----	127
Subcategoria 9.1. palatabilidade -----	127
Subcategoria 9.2. hábitos -----	129
Categoria 10 – Humor/stress-----	129
Categoria 11 – Tempo disponível -----	131
5.3.2. <u>Análise relativa à prática de atividade física</u> -----	134
<u>CATEGORIAS ENCONTRADAS A PARTIR DAS ENTREVISTAS</u>	
Categoria 1 - Preocupação com a saúde física e mental -----	134
Categoria 2 - Sensações de bem-estar -----	135
Categoria 3 - Preguiça -----	137
Categoria 4 - Companhia de amigos ou familiares -----	137
Categoria 5 - Tempo disponível -----	138
CAPÍTULO IV. DISCUSSÃO -----	140
1. TIPO DE ABORDAGEM E PRINCIPAIS DETERMINANTES ENCONTRADOS -----	141
2. INFLUÊNCIA DO SEXO SOBRE OS HÁBITOS ALIMENTARES E DE ATIVIDADE FÍSICA. ATITUDES E AUTOEFICÁCIA. -----	142
3. ASSOCIAÇÃO ENTRE HÁBITOS ALIMENTARES, ATIVIDADE FÍSICA, ATITUDES ALIMENTARES E PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA.-----	146
4. DETERMINANTES PERCECIONADOS PELOS ADOLESCENTES – HÁBITOS ALIMENTARES -----	147
4.1.VULNERABILIDADE (ATRIBUIÇÃO DE PAPEL RELEVANTE COMO CONTROLADOR DA SAÚDE) -----	147
4.1.1. <u>Particularidades pessoais</u> -----	147
4.1.2. <u>Autoregulação e autocontrole</u> -----	147
4.1.3. <u>Bem-estar</u> -----	148

4.1.4. <u>Literacia em saúde/crenças (regras de alimentação saudável, preocupação com a saúde, preocupação com peso, percepção do risco)</u> -----	149
4.2. INFLUÊNCIA DOS PARES (AMIGOS/COMPANHIA) -----	150
4.3. FOME/SACIEDADE -----	151
4.4. FAMÍLIA – HÁBITOS FAMILIARES E PRESSÃO FAMILIAR -----	151
4.5. NEOFOBIA/NEOFILIA -----	154
4.6. DINÂMICA (ENVOLVIMENTO ATIVO EM TAREFAS) OU MOMENTOS DE ÓCIO -	155
4.7. CUSTO -----	155
4.8. DISPONIBILIDADE-----	156
4.8.1. DISPONIBILIDADE -----	156
4.8.2. OPORTUNIDADE -----	156
4.9.1. PREFERÊNCIAS ALIMENTARES (PALATABILIDADE) -----	157
4.9.2. HÁBITOS -----	158
4.10. HUMOR E <i>STRESS</i> -----	158
4.11. TEMPO DISPONÍVEL -----	159
5. DETERMINANTES PERCEPCIONADOS PELOS ADOLESCENTES - HÁBITOS DE ATIVIDADE FÍSICA -----	160
6. DISCUSSÃO DE ACORDO COM TEORIAS SOCIOCOGNITIVAS -----	161
7. REDE DE INTERAÇÕES ENTRE OS DETERMINANTES -----	162
8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO -----	163
CAPÍTULO VI. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES FUTURAS -----	166
BIBLIOGRAFIA -----	170
ANEXOS -----	187

ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1. Operacionalização das variáveis sociodemográficas -----	66
Quadro 2. Operacionalização das variáveis decorrentes da aplicação das escalas -----	67
Quadro Síntese 1 – Resultados obtidos pela aplicação das escalas, por sexo, idade e escalão socioeconómico -----	86
Quadro Síntese 2 – Análise inferencial de relação/associação entre variáveis decorrentes da aplicação das escalas-----	94
Tabela 1. Caracterização da amostra – Componente quantitativa do estudo ---	75
Tabela 2. Scores obtidos pela aplicação da EHA – Componente quantitativa do estudo -----	76
Tabela 3. Médias por item da escala EHA e comparação, por sexo -----	78
Tabela 4. Distribuição dos adolescentes por categoria de atividade física -----	81
Tabela 5. Médias do score, obtidas por aplicação da TAA-25, por sexo -----	83
Tabela 6. Distribuição dos casos de risco/sem risco, por sexo -----	84
Tabela 7: Regressão multinomial para estudo da influência de variáveis sobre os hábitos alimentares -----	88
Tabela 8. Regressão multinomial múltipla, para estudo da influência das variáveis sobre os hábitos alimentares -----	88
Tabela 9: Distribuição dos casos de risco/sem risco de desenvolver patologia do comportamento alimentar (TAA-25) por categoria de atividade física -----	93
Tabela 10. Caracterização da amostra – Componente qualitativa do estudo ---	96
Tabela 11. Frequência de referência por códigos (hábitos alimentares)-----	98
Tabela 12. Frequência de referência por códigos (atividade física) -----	99
Tabela 13. Categorias encontradas através da análise das entrevistas (hábitos alimentares) -----	100
Tabela 14. Categorias encontradas através da análise das entrevistas (atividade física) -----	134

ANEXOS:

Anexo I. Tabelas relativas a médias ou scores por aplicação das escalas e categorias de atividade física segundo a idade e escalão socioeconómico

Tabela 15. Médias obtidas pela aplicação da EHA – Componente quantitativa do estudo

Tabela 16. Scores obtidos pela aplicação da EHA, por sexo

Tabela 17. Médias obtidas pela aplicação da EHA, por sexo

Tabela 18. Scores obtidos por aplicação da escala EHA, por idade

Tabela 19. Médias obtidas por aplicação da escala EHA, por idade

Tabela 20. Média dos scores obtidos por aplicação da EHA, por escalão socioeconómico

Tabela 21. Médias das classificações por item, por aplicação da EHA, por escalão socioeconómico

Tabela 22. Distribuição dos adolescentes por categoria de atividade física, por sexo

Tabela 23. Caracterização da amostra relativamente aos resultados da aplicação do IPAQ – scores totais

Tabela 24. Distribuição por categoria de atividade física, por idade

Tabela 25. Distribuição por categoria de atividade física, por escalão socioeconómico

Tabela 26. Caracterização da amostra - Atitudes alimentares
(risco de desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar)

Tabela 27. Médias do score obtidas por aplicação da TAA-25, por idade

Tabela 28. Distribuição dos casos de risco/sem risco, por idade

Tabela 29. Médias obtidas pela aplicação da TAA-25, por escalão socioeconómico

Tabela 30. Distribuição dos casos de risco/sem risco, por escalão socioeconómico

Tabela 31. Caracterização da amostra - Scores obtidos por aplicação da escala de autoeficácia geral

Tabela 32. Médias dos scores obtidos por aplicação da escala de autoeficácia geral, por sexo

Tabela 33. Médias dos scores obtidos por aplicação da escala de autoeficácia geral, por idade

Tabela 34. Médias dos scores obtidos por aplicação da escala de autoeficácia geral, por escalão socioeconómico

Tabela 35. Médias de scores obtidos na escala de autoeficácia geral, total e por subdimensões, por categoria de atividade física

Anexo II. Consentimento Informado e pedido de autorização à Direção das escolas

Anexo III. Escalas (EHA, TAA-25, IPAQ, GSQ)

Anexo IV. Guião da entrevista

Anexo V. Artigo publicado

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. <i>Representação gráfica dos scores obtidos na EHA, para ambos os sexos</i>	77
Gráfico 2. <i>Representação gráfica relativa à distribuição dos adolescentes constituintes da amostra, por categoria de atividade física</i>	82
Gráfico 3. <i>Representação gráfica da média dos scores obtidos pelo preenchimento da TAA-25, para ambos os sexos</i>	83
Gráfico 4. <i>Representação gráfica dos scores obtidos por preenchimento da escala de autoeficácia geral, para ambos os sexos</i>	85
Gráfico 5. <i>Representação dos scores obtidos na EHA pelos adolescentes com e sem risco de desenvolver patologia do comportamento alimentar</i>	92
Gráfico 6. <i>Autoeficácia geral (score) por categoria de atividade física</i>	94

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Crenças em Saúde -----	47
Figura 2. Esquematização das fases do estudo -----	69
Figura 3. Atitudes dos adolescentes relativamente à escolha alimentar e forma como estas são influenciadas pelas práticas e hábitos dos agregados familiares -	154
Figura 4. Determinantes das escolhas alimentares dos adolescentes -----	162
Figura 5: Determinantes das escolhas de atividade física dos adolescentes -----	163

SIGLAS

EHA – Eating Habits Scale (Escala de Hábitos Alimentares)

EDE-Q – Eating Disorder Examination Questionnaire

GSQ – General Self-Efficacy Questionnaire (Escala de Autoeficácia Geral)

HLS-EU Consortium – Consórcio Europeu Para a Literacia

IMC – Índice de Massa Corporal

IPAQ – International Physical Activity Questionnaire (Questionário Internacional de Atividade Física)

METs – Equivalentes Metabólicos

OMS - Organização Mundial de Saúde

OR – odds ratio

r_p – coeficiente de correlação de Pearson

r_{SP} – coeficiente de correlação de Spermann

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TAA-25 - Teste de Atitudes Alimentares

WHO – World Health Organization

Capítulo I. INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A seleção alimentar acontece, consciente ou inconscientemente, no momento de aquisição ou consumo de determinado alimento. No caso da atividade física, a escolha acontece sempre que se procura uma prática regular. Importa perceber os aspetos mediadores e/ou moderadores das escolhas, sejam eles de cariz fisiológico, psicológico, social ou cultural. Dado que as escolhas alimentares e de atividade física influenciam de forma muito relevante o estado de saúde, com um importante impacto ao longo da vida, assume particular importância a compreensão das causas subjacentes às opções.

Pode estabelecer-se um paralelismo entre as principais causas de morbilidade em Portugal e deficientes hábitos alimentares ou de atividade física. A hipertensão arterial, a diabetes, a hipercolesterolemia e a obesidade são problemas associados aos hábitos alimentares inadequados (Baudet *et al*, 2011), hoje alvo preferencial de atenção no âmbito da saúde pública, pela sua magnitude e crescente precocidade ao nível da sua incidência (WHO, 2003). O sedentarismo apresenta um efeito muito semelhante aos hábitos alimentares desadequados, condicionando problemas semelhantes de saúde (Dishman *et al*, 2013).

Relativamente à atividade física, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003, p.4) refere:

“...a prática regular de atividade física ajuda as crianças e jovens a desenvolver e manter ossos, músculos e articulações saudáveis, a controlar o peso corporal, a reduzir a gordura corporal e a conseguir um funcionamento eficiente do sistema circulatório e respiratório. Facilita ainda a perceção de bem-estar e de autoeficácia e ajuda a prevenir e controlar o sentimento de ansiedade e depressão. A adesão a jogos de equipa e desportos dá aos jovens uma oportunidade natural para a expressão pessoal e autoconfiança, para o libertar de tensões, para a experiência do sucesso, da interação social e da cooperação.

Considera-se que as opções em termos alimentares poderão resultar da interação de inúmeros fatores biológicos, psicológicos e sociais. As características individuais, genéticas ou adquiridas, tais como personalidade, motivações, educação, assim como as características ambientais, quer do ambiente de maior proximidade (família, amigos, vizinhos, colegas), quer do ambiente mais alargado (bairro, cidade, sistema social, cultura vigente na sociedade e meios de comunicação) exercem papel

determinante nas escolhas. Estamos, assim, perante uma rede multifatorial que urge compreender. Caso contrário, qualquer intervenção, descontextualizada do ambiente onde se insere o público-alvo, terá a sua efetividade comprometida.

Segundo Antonovsky (1996), a saúde é a resultante da ação do sujeito, gerindo os seus recursos internos, diminuindo a desordem. Existem predisposições individuais (hereditárias, sociais) que, associadas aos recursos de resiliência, são responsáveis pela regulação face às perturbações.

Os comportamentos resultam de uma intenção e de um controlo que estão na dependência de atitudes face aos mesmos, de normas subjetivas e da influência de fatores internos e externos tal como apresentado na teoria do comportamento planeado (Armitage *et al*, 2001). Segundo Shepherd (1999), a razão do estudo das atitudes resulta da possibilidade de estas estarem relacionadas com os comportamentos.

Intimamente relacionada com as escolhas alimentares está a prática de exercício físico. Um adolescente com hábitos saudáveis ao nível alimentar tende frequentemente a optar por praticar atividade física e vice-versa, o que promove o bem-estar e a saúde. No entanto, a mesma atividade desportiva surge muitas vezes associada também a sinais de perturbação do comportamento alimentar, sobretudo no que respeita ao sexo feminino (Viana *et al*, 2008). Tal facto pode indiciar uma cultura desportiva inadequada, habitualmente caracterizada por exercício excessivo, regida por um ideal de peso corporal abaixo do normal, disfuncional (Viana *et al*, 2008; Story *et al*, 1998; Neumark-Sztainer *et al*, 1997). A preferência por alimentos de pouca qualidade nutricional e a prática de desporto de lazer surgem associados a menor prevalência de perturbações alimentares (Neumark-Sztainer *et al*, 1997).

A prática de desporto ou atividade física está associada também à valorização da alimentação saudável (Croll *et al*, 2001).

Atualmente, a sociedade tecnológica acarreta, muitas vezes, um aumento do sedentarismo por parte do adolescente (Padez *et al*, 2002). É a este que cabe fazer a opção de integrar no seu tempo livre, atividades de cariz físico. Mesmo os casos pontuais de *gadgets* e recursos tecnológicos, que possibilitam algum tipo de atividade física (por exemplo, aqueles que incorporam jogos que implicam movimento), relativamente a outros em que tal não é possível, na verdade concorrem para um tipo de atividade física limitada, geralmente confinada ao espaço físico da habitação, impossibilitando o usufruto de um ambiente de “ar livre” e de interação de grupo. Perde-se saúde e perde-se socialização.

Na maioria dos estudos realizados acerca de hábitos alimentares e de atividade física, foram construídas escalas, com o objetivo de estabelecer categorias de padrão alimentar/exercício físico.

No presente estudo, pretende-se uma abordagem inovadora, com a análise aprofundada dos relatos de adolescentes previamente selecionados, tendo em consideração os estilos de vida manifestamente mais adequados e mais desadequados. Os dados obtidos serão confrontados entre si, para que deste modo possam emergir os motivos de maior relevância e de maior impacto nas escolhas alimentares e de atividade física dos adolescentes.

Capítulo II. REVISÃO DA LITERATURA

1. ADOLESCÊNCIA E COMPORTAMENTO ALIMENTAR

As escolhas alimentares infantis estarão condicionadas a múltiplos fatores, dos quais se destacam a aprendizagem e o facto de gostar ou não de um determinado alimento (Larson *et al*, 2009). A evolução do comportamento alimentar é influenciada por aspetos fisiológicos, associados ao processo de crescimento, em interação com agentes de socialização, com fatores afetivos e com a interação mãe-criança-família (Viana *et al*, 2008). Com o crescimento e sobretudo na fase da adolescência, em que as interações sociais assumem maior relevância, a escolha torna-se mais complexa e dependente da interação entre múltiplos elementos (*ibid.*).

Desde o nascimento ocorre um processo de desenvolvimento de hábitos alimentares. Iniciamos um processo de aprendizagem, durante o qual vamos excluindo ou associando alimentos, cedendo e interiorizando hábitos culturais determinantes, seja por intermédio das tradições seja por intermédio da religião. Desenvolvemos rituais de mesa e de cozinha, grande parte deles, resultado das vivências em família e em sociedade. O momento da refeição reveste-se de grande significado social.

A evolução da sociedade acarretou igualmente uma evolução nos hábitos alimentares. Antes, as refeições eram um momento de convívio familiar, cultivando-se um ritual imprescindível em redor da mesa. Este contexto foi-se modificando, pelo ritmo de vida e crescente ingresso da mulher no mercado de trabalho, optando-se cada vez mais por refeições rápidas, fora do conceito familiar e muito expostas à influência dos *media* e do efeito “estatuto social”. Surgiu e proliferou o conceito de *fast-food* (Nutbeam *et al*, 2000).

Os adolescentes assumem frequentemente práticas alimentares que incluem consumo frequente de *fast-food* e de outros alimentos ricos em gorduras e açúcar e baixo consumo de frutas, vegetais e alimentos ricos em cálcio (Croll *et al*, 2001). Muitas vezes, a dieta dos adolescentes é referida como sendo caracterizada por omissão de refeições, grande frequência de consumo de *fast-food* e *snacks* (Shepperd *et al*, 1996; Jenkins *et al*, 2005). Se por um lado, tais tendências podem ser explicadas pela preferência, também muitas vezes poderão ser motivadas por questões de disponibilidade quer de tempo quer de acesso, podendo estar implicados os hábitos familiares. Também os pares, sobretudo pela influência que exercem neste período do desenvolvimento da personalidade, poderão ser fator relevante.

De salientar que as influências exercidas sobre os adolescentes são muitas vezes contraditórias, obrigando a um conflito de opções, pelo que é conveniente perceber quais as de maior impacto sobre a efetiva escolha (Croll *et al*, 2001). É possível

encontrar referência a fatores individuais (idade, sexo, escolaridade, crenças e humor), específicos dos alimentos (textura, conteúdo nutricional, sabor) e fatores ambientais (disponibilidade, influências familiares, cultura e tradição) (Shepperd *et al*, 1996). Também Hanson *et al* (2005) salientou a influência dos hábitos dos pais sobre as escolhas dos filhos.

Na sociedade atual, impera uma preocupação com algumas questões relacionadas com a alimentação, como sejam os padrões de estética, o peso ideal e repercussões em questões de saúde. No que respeita aos padrões estéticos, a sociedade exerce pressões que frequentemente culminam em distúrbios alimentares, sobretudo na fase da adolescência.

Relativamente à atividade física, se, por um lado, a preocupação com o peso ideal e com a saúde podem originar prática regular, por outro a pressão crescente dos *gadgets* e das novas tecnologias podem induzir hábitos de sedentarismo. Evoluiu-se também no sentido de uma alteração do papel da mulher na sociedade, que trouxe a prática desportiva para o seu quotidiano (Sallis *et al*, 2000).

2. DETERMINANTES DA ESCOLHA ALIMENTAR

Crossley e Khan, citados por Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2008) referem que os fatores subjacentes à seleção alimentar podem ser individuais (psicológicos-motivacionais como sabor, hábito, controlo do peso, preocupações éticas, *stress*...) e coletivos (sociais e culturais como os relacionados com a produção alimentar e marketing).

O sexo, a escolaridade e o escalão socioeconómico são fatores que, conjuntamente com determinantes familiares, socioculturais, políticos e associados a atividades de marketing, modelam as relações entre imagem corporal, peso, exercício físico e alimentação dos jovens (Neumark-Sztainer *et al*, 2006).

A escolha alimentar rege-se pela expectativa, isto é, pelo valor conferido ao alimento e pela liberdade dada ao indivíduo para realizar essa escolha.

2.1.DETERMINANTES BIOLÓGICOS E EXPERIÊNCIA ALIMENTAR

As preferências alimentares são aprendidas na infância, através de experiências repetidas, sendo associadas a contextos sociais, emocionais e a consequências fisiológicas da ingestão (Viana *et al*, 2008). De igual forma, características que conferem maior palatabilidade aos alimentos, como elevados teores em açúcar e gordura, potenciam um consumo repetido e induzem um estado motivacional

conhecido como “fome hedónica” (Ribeiro *et al*, 2013).

A imposição fisiológica decorrente da necessidade de nutrientes e energia para a sobrevivência, alia-se a sensações de fome e saciedade que motivarão a ingestão ou não de alimentos. O sistema nervoso central controla o equilíbrio entre fome, apetite e ingestão de alimentos (Haupt *et al*, 2000). Intervêm precursores neuroquímicos, com funções específicas, que influenciam a alimentação em contexto de escolha alimentar (Cabraia, 2004). O eixo hipotálamo-hipófise-glândulas adrenais desempenha mecanismos reguladores que podem condicionar o desenvolvimento de obesidade. Existem diferenças a este nível, entre o sexo masculino e o sexo feminino. Avança-se a possibilidade de existirem diferenças nas respostas desencadeadas após a refeição e dependentes da composição corporal, distribuição do tecido adiposo, de variáveis psicológicas e da idade (Martens *et al*, 2012). No entanto, aquando do processo de escolha e procura da saciedade, o indivíduo recorre a comportamentos que dependerão de múltiplos fatores e poderão ser aprendidos (Viana *et al*, 2008). O papel da aprendizagem e da memória serão mesmo de importância crucial no comportamento alimentar (Tracy *et al*, 2001). O controlo da ingestão depende da capacidade de interpretar as informações representadas na memória das experiências alimentares (Ibid.).

Alguns nutrientes são mais eficazes no desenvolvimento de saciedade. A forma como os humanos consomem os alimentos, está relacionada com a regulação do aporte de energia. Alguns alimentos originam maior sensação de saciedade do que outros e as pessoas conseguem discriminar entre alimentos semelhantes com base nas refeições já realizadas. Estas sensações geram expectativas que influenciam a escolha posterior (Brunstrom *et al*, 2008; Forde *et al*, 2015).

A rede de interações neuronais é influenciada a vários níveis e implica comunicação entre o processo olfativo, controlo hídrico, entre outros. Fatores sociais e estímulos sensoriais assumem acentuada importância no fenómeno. Um indivíduo pode, em determinado contexto, preferir um alimento devido, por exemplo, ao facto do odor desse alimento lhe ser mais familiar. A educação e informação podem modular este processo (Cabraia, 2004).

O prazer sentido aquando da ingestão não será alheio à seleção e quantidade ingerida. As propriedades sensoriais incluem o sabor, o cheiro, a textura e o aspeto. Tais fatores contribuem sobretudo para o processo de seleção espontânea (Sorensen *et al*, 2003; Eto *et al*, 2011). Neste contexto, o sabor doce e o teor em gordura serão frequentemente mais apelativos. (Sorensen *et al*, 2003). Estas propriedades que

constituem o sabor/paladar podem ser resultado de predisposições genéticas/inatas e aprendidas (Eto *et al*, 2011). As preferências por alguns sabores básicos obedecem a padrões independentes das culturas, colocando-se a hipótese de resultarem do processo adaptativo da nossa espécie. É o caso da preferência frequente pelo sabor doce, representativo de um maior aporte calórico e a rejeição do sabor amargo, potencialmente representativo de substâncias venenosas (*ibid.*).

Algumas substâncias podem ser percebidas ou não, de acordo com características genéticas e, por isso, os genes de cada pessoa podem interferir no gosto. Tal é o caso da feniltiocarbamida (PTC), abundante nos espinafres e cujo gosto amargo é apenas detetado pelos portadores de um gene dominante (*ibid.*).

A forma como alguns alimentos condicionam o bem-estar pode igualmente funcionar como determinante da escolha alimentar. Se, em consequência de ingestão de dado alimento, ocorrem situações de náusea, tal desencadeará um processo de aversão. Neste sentido, a experiência mais precoce, na primeira infância, será a mais poderosa a este nível (*ibid.*).

2.2. DETERMINANTES ECONÓMICOS E AMBIENTAIS

O custo de determinado alimento pode ser condicionante da escolha, estando dependente do estatuto socioeconómico da pessoa. Obviamente, a incapacidade de suportar os custos inerentes ao consumo condiciona o acesso, podendo implicar a não ingestão.

Os grupos de rendimentos mais baixos têm maior tendência a consumir menor quantidade de frutas e legumes, apresentando dietas menos equilibradas. Mas, alguns estudos apontam para que o facto de possuir melhor nível socioeconómico não ter, necessariamente, que determinar uma dieta mais adequada (Dibsdall *et al*, 2003).

Fatores como localização geográfica, recursos existentes no local ou acesso a transportes, podem influenciar a escolha por condicionar a disponibilidade de uma grande variedade de alimentos (Donkin *et al*, 2000; Dibsdall *et al*, 2003).

Os adolescentes podem fazer as suas refeições em casa ou fora de casa. Quando fora de casa, o local mais habitual será a escola ou as suas imediações, onde as ofertas, seja na cantina, bar ou eventualmente máquinas de alimentos, estarão disponíveis para eventual seleção. Em Portugal, a Circular nº 11/DGIDC/2007, de 15/05/2007 determina algumas orientações para cantinas e bares escolares, no sentido de limitar o teor em gorduras saturadas. Mesmo assim, continuam disponíveis alimentos menos saudáveis pelos quais os alunos podem optar.

Muitas vezes o tempo disponível para a refeição condiciona as escolhas, limitando as opções saudáveis. As atividades planejadas podem ser condicionantes por assumirem prioridade a ponto de o adolescente considerar não haver tempo para escolhas saudáveis. Tal pode acontecer logo com o momento do pequeno-almoço, na sequência da opção por levantar tarde (Story *et al*, 2002).

Assistimos ao brotar das novas tecnologias, cada vez mais apelativas aos jovens, dotadas constantemente de novas capacidades. A par de um apelo ao consumo, determinado pelo tipo de sociedade da era tecnológica, os jovens cedem ao poder dos novos meios de publicidade e comunicação (American Academy of Pediatrics, 2013).

A publicidade transmitida pela televisão utiliza recursos visuais e auditivos e histórias apelativas, destinados a motivar para a aquisição e consumo dos produtos. Enfatiza-se o aspeto positivo e recompensa decorrente do consumo, existindo uma tentativa de potenciar a fantasia (Ueda *et al*, 2014). Para Viana e colaboradores (Viana *et al*, 2008), os adolescentes são vulneráveis ao efeito da publicidade e procuram o consumo, especialmente de alimentos com elevado teor calórico, ricos em açúcar e pouco nutritivos. A televisão e os *media*, de um modo geral, assumem grande influência no quotidiano dos indivíduos, tal como é o seu objetivo. As crianças e jovens são particularmente o alvo dos anúncios de alimentos muito calóricos, pouco nutritivos e ricos em açúcar. Esta influência passa por efeitos de modelagem social que apresenta consequências no conhecimento, atitudes e comportamento alimentar dos mesmos (Viana *et al*, 2008, Dixon *et al*, 2007). Este contacto gera um conflito entre as regras que poderão ser impostas pelos pais ou veiculadas na escola e o prazer associado ao consumo. Aquando da decisão, prevalecerão as normas ou, frequentemente, o prazer, determinando a escolha. Para além do efeito referido de estímulo ao consumo de alimentos de elevado aporte energético e, por isso, promotor da obesidade, a televisão, Internet, jogos de computador, acrescentam outro efeito: a instalação de um estilo de vida sedentário e desencorajador da atividade física (Viana *et al*, 2008; Utter *et al*, 2003; Ueda *et al*, 2014).

Coon *et al* (2001) estudou um grupo de pais e crianças, confrontando os casos em que as refeições se realizavam sem assistir a televisão com casos cujas famílias realizavam as refeições frente à televisão. Verificou que, neste último caso, era mais reduzido o consumo de frutas e legumes, a par de um acentuado consumo de pizzas, alimentos ricos em sal e refrigerantes.

Da mesma forma, os alimentos mais publicitados através da televisão tendem a ser

mais consumidos relativamente aos menos anunciados (fruta e legumes). Vários estudos relacionam o consumo reduzido de frutas e legumes com um período mais longo de exposição televisiva (Ueda *et al*, 2014). Da mesma forma, registou-se uma associação entre o tempo frente à televisão e o consumo de alimentos mais energéticos e refrigerantes, provavelmente devido à própria publicidade a estes produtos (Coon *et al*, 2002).

2.3. DETERMINANTES SOCIOCULTURAIS

Os fatores emocionais, familiares e socioculturais assumem um papel importante de modelagem do comportamento alimentar (Viana *et al*, 2008).

Bouwman, (2009, p.391), refere que *“A comida é frequentemente partilhada com outros e proporciona oportunidades para estabelecimento de contactos sociais. Estas interações sociais podem funcionar como um marco de cultura e como expressão de afeto, compromisso e identidade”*.

O contexto social pode ser determinante, decorrente do local onde as escolhas acontecem. O consumo habitual e a tradição, quer de alimentos consumidos quer de formas de preparação são, muitas vezes, resultado de contextos específicos, podendo mesmo originar restrições relacionadas com a cultura. A própria disponibilidade está dependente desse mesmo contexto.

Um fator importante que contribui para as escolhas são as atitudes perante a alimentação. Estas atitudes, na base do desenvolvimento de hábitos estão condicionadas pela interação. No caso dos adolescentes, os pares desempenham papel crucial.

Analisando este contexto de interações sociais, há a ponderar a família, os pares, o ambiente escolar e o ambiente mais amplo onde se pode incluir mesmo um maior ou menor apoio social. Este último deve ser considerado no que respeita a estratégias de promoção da saúde pois, pode contribuir para a mesma, favorecendo o sentido de pertença ao grupo (especialmente importante no contexto dos pares) e funcionando como adjuvante ao desenvolvimento de competências e autoeficácia (Berkman *et al*, 1995).

É na fase da adolescência que as influências do ambiente familiar se esbatem e interagem mais fortemente com influências externas. A influência dos pares, por pressão e por aceitação torna-se mais relevante. Da mesma forma, os adolescentes começam a fazer mais refeições fora de casa e tornam-se mais independentes. Do mesmo modo, esta autonomia natural associa-se a um desejo cada vez maior de

independência, leva frequentemente a opções menos saudáveis, podendo constituir um desafio no exercício dessa independência (Bassett *et al*, 2008; Croll *et al*, 2001).

Viana e colaboradores (Viana *et al*, 2008), referindo-se ao trabalho de Chapman e MacLean, mencionam a possibilidade de associação, por parte dos adolescentes, de alimentos como vegetais cozidos, saladas e alimentos por eles classificados como saudáveis, às refeições com os pais e a maior autocontrolo alimentar. Já a “*junk food*”, comida de baixo valor nutricional, não-saudável, era associada a refeições com os amigos, e ao “estar à vontade”. Ao consumir “*junk food*”, os adolescentes estariam a afirmar a necessidade de independência face à família e de integração nos grupos de pares. Existiria um duplo impacto decorrente deste tipo de consumo: por um lado, um impacto positivo no bem-estar psicossocial e, por outro, um impacto negativo, pela percepção destes alimentos como não-saudáveis.

2.3.1. Influência dos Pares

A influência dos pares sobre os hábitos alimentares de crianças e adolescentes tem sido alvo de estudo, existindo evidência especialmente em termos de aceitação, preferência, seleção e consumo de alimentos (Contento *et al*, 2006; Poínhos, 2010). Uma vez que, durante a adolescência o grupo reforça a sua importância em termos de identidade, aceitação e independência, é de prever que este efeito se estenda aos hábitos alimentares. Esta influência apresenta-se muitas vezes como mais forte e conseguindo sobrepor-se relativamente a outros fatores como, por exemplo a modelagem por adultos, nomeadamente professores, o que deve ser ponderado em contextos de estratégias de educação para a saúde (Poínhos, 2010; Kalavana *et al*, 2010).

Refira-se que esta influência pode ser direta ou indireta, percebida ou não como tal e pode ser exercida na presença dos pares influentes ou na sua ausência (Story *et al*, 2002). Manski *et al* (1993) enunciam três efeitos associados à influência dos pares: endógeno, por resposta ao comportamento dos elementos do grupo de referência; exógeno ou contextual, por resposta a características exteriores ao grupo, mas que exercem influência sobre ele; correlacionado, originado pela partilha de outras características entre os elementos do grupo (Poínhos, 2010). Em estudos de Contento *et al*, 2006, os adolescentes manifestaram, por entrevista, estarem conscientes da influência dos pares sobre as suas escolhas.

A influência direta poderá ser exercida por pressão para determinados comportamentos, através de comentários geradores e comportamentos normativos, existindo estudos que apontam para que a influência no sentido de um menor

consumo de frutas e vegetais ocorre devido a comportamentos normativos contrários a este consumo e a comentários negativos acerca do consumo de vegetais (Poínhos, 2010).

Larson *et al* (2008) observaram que o impacto dos fatores que influenciam as escolhas, durante a adolescência, no sentido de promover uma alimentação saudável, funcionava como um preditor de menor consumo de *fast-food* por parte dos indivíduos do sexo masculino, na idade adulta.

Relativamente ao sexo feminino, um fator de extrema relevância será a imagem corporal em comparação com os pares. Neste sentido, a percepção de uma pior imagem, será motivadora do início de dietas restritivas, incluindo até elementos como a competitividade (Poínhos, 2010; Huon *et al*, 2002).

Num estudo de Neumark-Sztainer, com recolha de dados através de *focus-group* com adolescentes, os participantes mencionaram a escola e os amigos como alvos de preocupação prioritária. Assim, apesar de não terem referido os pares como influenciadores das escolhas, poderá estar subjacente uma influência indireta pela importância atribuída aos mesmos (Neumark- Sztainer *et al*, 1999a).

No entanto, vários estudos apontam para uma influência desigual consoante o tipo de alimento. O efeito promotor do consumo surge mais frequentemente associado a *snacks*, provavelmente por estes estarem mais associados aos amigos e menos ao ambiente familiar e o efeito desencorajador surge mais frequentemente associado aos vegetais. Neste caso, a influência parece ficar um pouco “blindada” no caso de haver já instituída uma preferência prévia por determinado vegetal (Poínhos, 2010).

A influência relativa de cada determinante de acordo com o sexo não tem demonstrado resultados consensuais (Poínhos, 2010). Segundo a Teoria Social Cognitiva, os modelos do mesmo sexo seriam modelos mais eficazes, muito embora tal não tenha sido verificado em vários estudos (*ibid.*).

Há igualmente a considerar a possibilidade de, em situação de conflito entre as preferências dos adolescentes e dos seus pares, os adolescentes procurarem a companhia dos colegas com preferências semelhantes às suas, pelo que nem sempre é fácil estabelecer relações de causalidade face aos resultados de alguns estudos (Poínhos, 2010).

2.3.2. Influência da família e estilo parental

As crianças apreendem importantes comportamentos a partir dos adultos com quem vivem. Estes têm efeito determinante sobre as atitudes e, desta forma, influenciam as

preferências dos adolescentes.

A aprendizagem formal e a aprendizagem informal têm ambas um papel na aquisição de hábitos. É na componente informal que os pais desempenham papel mais relevante, quer por agirem como modelos, quer pela disponibilização de alimentos (Larson *et al*, 2009). A exposição repetida a determinados alimentos fomenta a adoção do hábito de os consumir (Kral *et al*, 2009; Hanson *et al*, 2005).

A forma como as crianças comem pode depender da qualidade do ambiente socioemocional e das interações pais-filhos (Ventura *et al*, 2008).

Um estudo de Zuercher, Wagstaff e Kranz (2011), com jovens dos 2 aos 18 anos, revela que a opção dos pais, por um *snack* composto por fruta, contribui para que os filhos façam o mesmo tipo de seleção. O estudo aponta ainda para o facto de a modelagem poder incluir não só o tipo de grupos alimentares escolhidos, mas também a quantidade incluída na refeição.

Considerando as famílias, para além das preferências que eventualmente possam ser determinadas geneticamente, o nível educacional dos pais e estrato socioeconómico também influenciam a dieta das crianças (Zuercher *et al*, 2011). A estrutura familiar e ambiente familiar em termos de padrões alimentares, podem determinar a qualidade da dieta dos filhos (*ibid.*).

A “pressão para comer” foi muitas vezes associada a menor quantidade de alimento ingerida, mas o inverso também pode ser verdade, isto é, os pais de adolescentes ou crianças que apenas petiscam e apresentam magreza, acabam por ser levados a exercer pressão para comer (Eto *et al*, 2011; Savage *et al*, 2008).

A restrição excessiva pode tornar os alimentos mais atrativos. Além disso, o controlo parental demasiado restritivo pode limitar as oportunidades para desenvolver a autorregulação, condicionando a longo prazo a capacidade de optar e praticar uma dieta saudável e mesmo originar situações de consumo de alimentos sobre os quais se exerce a restrição, mesmo na ausência de fome (Savage *et al*, 2008).

As preferências decorrentes do paladar, da perceção de ausência de barreiras à alimentação saudável e da maior ou menor disponibilidade de alimentos saudáveis ou pouco saudáveis em casa, são os fatores que atuam como maiores preditores do consumo de frutas e vegetais, a 5-10 anos. Quanto à fruta, assume especial relevância a integração deste tipo de alimentos ao pequeno-almoço como potenciadora do consumo e, quanto aos vegetais, é a forma como estes são confeccionados que pode determinar o seu consumo mais regular (Larson *et al*, 2012).

Tais constatações reforçam a necessidade de cimentar as escolhas alimentares a partir da infância, assim como de realizar intervenções de educação para a saúde, integrando a família (ibid.).

2.4. DETERMINANTES PSICOLÓGICOS

O *stress* exerce um efeito complexo e diversificado sobre a escolha alimentar. Tal efeito, depende das características do indivíduo, da fonte e intensidade do *stress*. Sob *stress*, algumas pessoas podem aumentar a quantidade de alimentos ingerida e outras, pelo contrário, reagem diminuindo essa quantidade (Oliver *et al*, 1999).

Os mecanismos envolvidos relacionam-se com fatores motivacionais, como por exemplo a redução da preocupação com o peso ou com a saúde, fatores fisiológicos (apetite reduzido) e disponibilidade no sentido da oportunidade ou tempo despendido na preparação (Wardle *et al*, 2000).

De facto, pode considerar-se que os alimentos afetam o humor e que este, por sua vez, também afeta a escolha dos alimentos. O *stress* pode mesmo constituir um fator importante no desenvolvimento de um quadro de distúrbio do comportamento alimentar.

Fatores intrínsecos, como as crenças sobre os resultados das suas opções e a avaliação desses resultados, originam as atitudes. As crenças sobre as atitudes dos outros, relativamente ao comportamento, e motivação para se submeter a outros significativos, criam as normas subjetivas, refletindo a concordância com a pressão social geral (Couto,1998). Na realidade, os comportamentos são resultado da interação entre componentes impulsivos e componentes reflexivos (Shepherd *et al*, 1999).

Há ainda a ponderar a influência importante exercida pela perceção de autoeficácia. A perceção de autoeficácia geral pode ser entendida como a perceção dos indivíduos acerca da sua capacidade para enfrentar diferentes situações (Judge *et al*, 2007) e esta é determinante para a forma como os indivíduos efetuam as suas escolhas nos mais variados contextos. Este constructo será desenvolvido mais exhaustivamente no ponto 7.

3. DETERMINANTES DA ATIVIDADE FÍSICA

Entende-se por atividade física qualquer movimento corporal, levado a cabo pelos músculos esqueléticos, resultando em gasto de energia. Por vezes, confunde-se com o exercício físico. Este, uma subcategoria da atividade física, integra o fator

“planeamento”, com prática de movimento corporal planeado, estruturado e repetitivo, resultando na manutenção ou melhoria da aptidão física (Caspersen *et al*, 1985; Dishman *et al*, 2013).

Weiss *et al* (2002) defendem que o comportamento assumido ao nível da atividade física é influenciado pelos comportamentos dos pais, assim como pelas percepções relativas a si próprio e às suas capacidades. Já Green *et al* (2003) salientam também a influência dos pares como determinante das opções em termos de atividade ou exercício praticados.

Os adolescentes efetuam escolhas, assumindo algum tipo de atividade física, na dependência de fatores intrínsecos e de fatores extrínsecos. Nos primeiros, incluem-se a percepção de bem-estar e, nos segundos, a percepção da imagem corporal, por parte dos outros.

Um estudo de Deforche *et al*, 2006, comparando adolescentes com peso normal, excesso de peso e obesos, demonstrou que a motivação extrínseca (interiorizada a partir de fatores de origem externa) assume uma influência mais efémera do que a motivação intrínseca (inata) no que toca ao exercício físico regular. No que toca aos adolescentes obesos, estes apresentam maior relevância da motivação extrínseca, comparativamente com os restantes, o que não facilita a sustentabilidade relativamente à prática de atividade física.

3.1. DETERMINANTES BIOLÓGICOS E EXPERIÊNCIA DE ATIVIDADE FÍSICA

Vários estudos têm registado algum padrão de distribuição da atividade física com os fatores idade e sexo.

A motivação para a prática de atividade ou exercício físico surge frequentemente associada a faixas etárias específicas. Um estudo finlandês de 1979, com jovens dos 11 aos 19 anos de idade, revelou que os adolescentes do sexo masculino apresentavam maior interesse em alcançar o sucesso em competições e que os mais velhos apresentavam maior motivação pelos elementos de relaxamento e recreação (Silvennoinen *et al*, 1979). O tipo de atividade física e intensidade do exercício estão especialmente associados ao sexo dos indivíduos. Os rapazes habitualmente praticam mais atividade física e, sobretudo, mais exercício físico (Kristjansdottir *et al*, 2001; Suris *et al*, 2005). Em Portugal, tal também se verifica, sendo também os rapazes quem mais pratica fora do horário escolar (Matos *et al*, 2015). Eles preferem atividades mais vigorosas e de natureza competitiva e elas optam por atividades mais vocacionadas para o lazer e de menor intensidade (Duncan *et al*, 2002; Hovell *et al*,

1999). As diferentes influências sociais poderão explicar as diferenças entre os géneros, nomeadamente pelo facto de os rapazes serem alvo de maior encorajamento para este tipo de atividades e se envolverem mais facilmente em experiências de exercício físico, com reforço positivo (Mota *et al*, 2002). A conceção do corpo associada à prática desportiva revela-se mais concordante com o ideal masculino e menos com os modelos femininos (Seabra, 2008).

A frequência da atividade realizada, assim como o vigor e intensidade da mesma, parece diminuir com o avanço da idade (Seabra, 2008; Kristjansdottir *et al*, 2001). Em Portugal, os alunos do sexto ano de escolaridade são os que mais praticam atividade física, ao contrário dos alunos do décimo ano de escolaridade. No entanto, estes últimos são os maiores praticantes de exercício físico (Matos *et al*, 2015). Alguns autores referem a possível existência de um centro de controlo ao nível do sistema nervoso central, capaz de determinar a regularidade deste tipo de atividades (Rowland *et al*, 1998). Ingram (2000) refere a menor libertação de dopamina associada à prática de exercício físico com o envelhecimento, sendo este decréscimo um possível responsável pela diminuição do tempo dedicado ao exercício físico. Os anos correspondentes à escolaridade poderão ter uma influência indireta devido à interação com os outros, especialmente com o professor de Educação Física e com os colegas (Seabra, 2008).

3.2. DETERMINANTES ECONÓMICOS E AMBIENTAIS

Os resultados relativos à possível influência do estatuto socioeconómico sobre as opções ao nível da atividade física revelam-se contraditórios. Existem estudos que apontam uma associação positiva entre estatuto socioeconómico e atividade física, mas também outros revelam associação negativa ou mesmo ausência de associação (Seabra, 2008). No entanto, a maioria dos estudos apresenta os adolescentes com elevado estatuto socioeconómico como tendo maior envolvimento em atividades físicas (Seabra, 2008). No que respeita às atividades realizadas fora do horário ou ambiente escolar, há frequentemente um custo associado que, por si só, determina a impossibilidade de prática por parte de jovens carenciados, limitando o acesso.

Os espaços, o equipamento disponível e a acessibilidade podem condicionar a prática de algumas atividades. Neste contexto, há a referir os recursos existentes nas comunidades como ginásios, espaços verdes e rede de transportes. Um pouco na dependência da área geográfica e contexto sociocultural, também a segurança e o clima podem influenciar a adesão a algumas modalidades. Eventualmente, podem registar-se algumas tendências sazonais para a prática de alguns tipos de atividade

física, como as caminhadas (Handy *et al*, 2002). Nas zonas urbanas é habitual existir mais oportunidade para prática de atividade física devido a maior diversificação da oferta, maior informação e maior acessibilidade (Mota *et al*, 2002).

A forma como os adolescentes optam por ocupar o tempo livre pode passar pela atividade física mas também pode colidir com o interesse pelos *gadgets*, resultado da evolução tecnológica. Assim, os jovens podem optar por formas de ocupação do seu tempo livre, de cariz sedentário, passando muito tempo sentados ao computador, em detrimento de opções mais saudáveis.

Paralelamente, pelo tempo despendido frente à televisão, implementa-se o sedentarismo e potencia-se a obesidade (Ueda *et al*, 2014).

A escola, neste contexto, assume papel relevante como promotora da atividade física. A escola é transmissora de hábitos, sendo importante o tipo de atividades que promove e a forma como o professor da disciplina exerce o seu papel. A existência de atividades físicas extracurriculares a par das desenvolvidas no currículo poderá influenciar a continuidade dos hábitos pela vida adulta (Mota *et al*, 2002).

O prazer sentido e promovido pela disciplina de educação física será potenciadora da continuidade dos hábitos (Seabra, 2008).

3.3. DETERMINANTES SOCIOCULTURAIS

3.3.1. Influência dos pares

A influência dos pares é particularmente relevante na adolescência, altura em que o papel dos pais e restante família se desvanece um pouco, para ser parcialmente substituído pelos amigos.

Adolescentes praticantes habituais de atividade física tendem a ter amizades com as mesmas características (Vilhjalmsson *et al*, 2003; Duncan *et al*, 2002).

Um dos motivos para a adesão dos adolescentes a uma determinada atividade física é a presença dos amigos como igualmente praticantes (Mota *et al*, 2002). Da mesma forma, pares sedentários promovem a inatividade.

3.3.2. Influência da família

A maioria dos hábitos são iniciados no seio familiar e, no que respeita aos hábitos de atividade física, os pais e irmãos podem ser de crucial importância (Duncan *et al*., 2002). Esta influência foi alvo de vários estudos internacionais que não foram concordantes quanto à influência mãe-filho/filha e pai-filho/filha. A realidade dos vários

países não se apresentou coincidente nem os estudos realizados em tempos diferentes, no mesmo país, obtiveram resultados congruentes (Seabra, 2008).

Os pais poderão ser agentes potenciadores ou inibidores da atividade física dos seus filhos quer de uma forma direta, quer de uma forma indireta. Não só constituem agentes moderadores pelo exemplo, como podem condicionar o acesso às atividades proporcionando ou limitando o acesso a equipamentos ou criando ou vedando condições facilitadoras da participação.

Também os irmãos parecem assumir um papel importante, sobretudo no sentido de uma associação positiva com a prática de atividade física. Um estudo de Wold e Andersen (1992), integrando jovens dos 11 aos 15 anos de idade, registou mesmo uma associação bastante significativa neste sentido. Os irmãos mais velhos, enquanto praticantes ativos de atividade física, funcionarão como modelos para aquisição do mesmo tipo de hábitos (Seabra, 2008).

3.4. DETERMINANTES PSICOLÓGICOS

É habitual a prática de atividade e exercício físico originar uma perceção de benefícios na saúde que poderá determinar a continuidade da prática. No entanto, muitas vezes sobrepõem-se a este fator a perceção de divertimento e bem-estar (Mota *et al*, 2002). O divertimento parece ser crucial para a motivação, sendo relevante para a diminuição do *stress* e ansiedade.

Alguns estudos apontam para que fatores como o divertimento, o prazer e a sensação de bem-estar se sobreponham a outras razões de carácter extrínseco como o estatuto e a influência de outros significantes (Weinberg *et al*, 2000).

Os jovens praticantes de atividade física manifestam-se mais frequentemente felizes, mais satisfeitos com o corpo, com melhor relacionamento interpessoal e, de uma forma geral, optam por hábitos e estilos de vida mais saudáveis. (Matos *et al*, 2016; Bartlewski *et al*, 1996.)

A perceção de autoeficácia é um dos mais importantes preditores do padrão de atividade física, sendo desenvolvida mais à frente.

4. RISCO DE DISTÚRPIO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

A prevalência dos distúrbios do comportamento alimentar tem aumentado nos últimos anos, em ambos os sexos (Costarelli *et al*, 2011).

Alguns estudos apontam diferenças entre géneros, nomeadamente no sentido de

registrar maior consumo de vegetais e frutas, maior ingestão de fibras e menor consumo de gorduras, por parte das mulheres (Westenhofer *et al*, 2005). Foram apontadas como razões para estas diferenças, questões relacionadas com as crenças e motivações de controlo de peso (Ibid.). Tal evidência aponta não só, para uma dieta mais saudável por parte das mulheres, mas também para eventuais associações, com distúrbios alimentares, como a anorexia ou bulimia (Yuan *et al*, 2010; Bas *et al*, 2007).

Num estudo de Rema *et al* (2002) verificou-se que as mulheres se encontram mais frequentemente em situação de tentativa de perda de peso, apesar de apresentarem menor probabilidade de apresentar obesidade ou excesso de peso. O estudo referido permitiu ainda verificar que 13% a 36% dos indivíduos que apresentavam peso reduzido ou normal, respetivamente, se encontravam a tentar perder peso (Rema *et al*, 2002).

A adolescência é um período de acentuada transformação física. É frequente que os adolescentes se sintam insatisfeitos com o corpo, o que constitui um fator de risco importante para distúrbios do comportamento alimentar. Têm sido registadas avaliações inferiores ao desejável, ao nível da perceção da aparência física, entre os adolescentes apresentando os referidos distúrbios (Stice *et al*, 2008). Da mesma forma, facilmente são acometidos pelo medo de aumentar o peso. O processo de formação da autoimagem resulta da influência da família, pares e mensagens veiculadas pelos *mass media*. A ênfase colocada pela publicidade em questões como a magreza e ideais de beleza, origina confusão e insatisfação nos jovens (Hogan *et al*, 2008).

São fatores de risco para o desenvolvimento de hábitos alimentares inadequados: *mass media*, baixa autoestima e perfeccionismo. Todos assumem especial relevância nas mulheres, associados a uma insatisfação com a imagem corporal, enquanto nos homens prevalece a influência dos *mass media* e perfeccionismo. (Elgin *et al*, 2006).

A perceção corporal dos adolescentes influencia o seu bem-estar psicológico, sendo a perceção de possuir excesso de peso e o desejo de ser mais magro, responsáveis por potenciar sintomas depressivos e reduzir a autoestima, especialmente no sexo feminino (Yuan *et al*, 2010; Neumark-Sztainer *et al*, 1999b; Bas *et al*, 2007).

Também as raparigas são mais vulneráveis às mensagens transmitidas pelos *media* e à influência dos pares relativamente à imagem que apresentam. É comum as raparigas desejarem ser mais magras e os rapazes desejarem um tórax mais largo e desenvolvido (Jones *et al*, 2004) Para conseguirem atingir estes objetivos, ambos optam pelo desporto. Os rapazes para ganhar peso (musculatura mais desenvolvida),

as raparigas para perder. No entanto, estas apresentaram, no contexto de alguns estudos, menor atividade física, associada a níveis mais baixos de satisfação corporal e a uma dieta restritiva, a estratégias de controlo do peso pouco adequadas (Neumark-Sztainer *et al*, 2006; Yuan *et al*, 2010).

Nos países desenvolvidos, a magreza é frequentemente um ideal de beleza e surge associada à aceitação social e ao sucesso. Talvez, por isso, nestes países exista uma prevalência relevante de distúrbios do comportamento alimentar em adolescentes e jovens do sexo feminino (Mousa *et al*, 2010; Ho *et al*, 2006). A anorexia surge muitas vezes no contexto de desejo de aumentar a popularidade e obter maior aceitação entre os pares. Do mesmo modo, as raparigas mais populares são muitas vezes aquelas que também apresentam esse tipo de distúrbio (Gerner *et al*, 2005).

Os distúrbios do comportamento alimentar surgem associados a questões psicológicas, psiquiátricas e de personalidade, muitas vezes traduzindo-se em níveis elevados de ansiedade e *stress* crónico (Costarelli *et al*, 2011).

Como já referido, os *media* fomentam o consumo de alimentos altamente calóricos ao mesmo tempo que promovem a valorização da magreza. Em consequência, os adolescentes tendem a iniciar dietas restritivas em idades mais precoces relativamente a gerações anteriores, podendo desenvolver mais precocemente distúrbios do comportamento alimentar (Burgić-Radmanović *et al*, 2009).

Os referidos distúrbios não apresentam associação com as capacidades cognitivas ou com o desempenho académico. E, muitas vezes, o ambiente escolar e o estudo funcionam como estratégia de redução da ansiedade, do *stress* e como forma de exercitar um controlo que consideram não existir relativamente à imagem (Costarelli *et al*, 2011).

Num estudo de Bearman, com uma amostra de adolescentes dos Estados Unidos, verificou-se que suporte familiar deficiente, problemas afetivos e prática de restrições alimentares se relacionam com a insatisfação corporal, em ambos os sexos (Bearman *et al*, 2006).

Um estudo de Frisén, com pré-adolescentes e adolescentes suecos, de idades entre 10 e 13 anos, concluiu que a satisfação com a imagem corporal pode estar associada a uma visão funcional do corpo e a uma aceitação das imperfeições corporais percebidas. Tal aponta para a maior importância dada a fatores como a autoimagem e efeitos do exercício físico, relativamente à influência de pares e outros significantes (Frisén *et al*, 2010).

Os adolescentes que assumem comportamentos característicos de dieta restritiva parecem consumir mais fruta e vegetais do que os restantes. Curiosamente, os comportamentos de risco, como a dieta restritiva, surgem frequentemente associados ao comportamento saudável de consumo de fruta e vegetais.

Revela-se importante manter a atenção a situações de preocupação exacerbada com o peso, a casos de risco (apresentando excesso de peso ou deficiência de peso, baixa autoestima ou depressão) assim como a situações de *bullying* (Derenne *et al*, 2006; Eisenberg *et al*, 2008). Estas situações devem originar ações preventivas para evitar uma maior gravidade, desenvolvidas quer na escola, quer pelos profissionais de saúde e mesmo a nível político (Eisenberg *et al*, 2008).

5. SEDENTARISMO E DOENÇA

O sedentarismo é considerado quando o dispêndio energético é inferior a 1.5 METs (equivalentes metabólicos, isto é, múltiplos da taxa metabólica de repouso. Cf. Capítulo III, ponto 3.4.2.3). Ações como ficar deitado ou sentado ou não desenvolver trabalho muscular relevante por longos períodos definem o sedentarismo e constituem risco de desenvolver doenças cardiovasculares, diabetes ou síndrome metabólico. Tais comportamentos contribuem para a morbilidade e mortalidade (Owen, 2010, cit por Alkahtani *et al*, 2015), sendo de destacar o enfraquecimento do sistema imunitário.

A prática regular de atividade física acarreta grandes benefícios para a saúde individual e, ao nível da saúde pública, reduz a prevalência de pré-obesidade e obesidade. Os benefícios psicológicos da atividade física regular, nomeadamente a perceção de bem-estar subjetivo, estendem os benefícios à vertente física, por efeito psicossomático (Penedo *et al*, 2005).

Os ganhos em saúde decorrentes da prática de atividade física são apontados por inúmeros autores. Neste sentido, para Martinez-Gomez *et al* (2011), o sedentarismo está associado a um baixo *fitness* cardiorrespiratório, especialmente nas raparigas. Para além do efeito sobre o bem-estar e saúde física, foi ainda verificada uma relação positiva entre exercício físico e autoestima (Sonstroem, 1984).

A Organização Mundial de Saúde recomenda, para crianças e adolescentes, cerca de 60 minutos por dia de atividade física moderada ou vigorosa (moderada: correspondente a 3-6 METs, requerendo um esforço moderado, com aceleração do ritmo cardíaco; vigorosa: correspondente a mais de 6 METs, requerendo grande esforço e causando respiração acelerada e aumento substancial do ritmo cardíaco), associado a um estilo de vida ativo (González-Gross *et al*, 2013).

6. LITERACIA EM SAÚDE

Um elemento importante a contemplar, quando se estudam opções no âmbito da saúde, é a literacia em saúde. Literacia em saúde é definida pela OMS como: “as *competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder à informação, compreenderem e usarem essa informação de forma a promover e manter um bom estado de saúde*” (WHO,1998, p.10 - glossary). Já o Consórcio europeu para a literacia em saúde, refere que:

“a literacia em saúde está ligada à literacia no geral e envolve o conhecimento das pessoas, motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde, de modo a julgar e tomar decisões na vida quotidiana, relativamente a cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida.”

(HLS-EU Consortium)

A literacia constitui uma ferramenta de *empowerment* que inclui variáveis como a motivação e interesse, autoestima, autoeficácia, capacidade crítica, perceção de controlo e de intenções para agir (Hubley *et al*, 2002 ; Kickbusch *et al*, 2006).

A literacia em saúde integra um conjunto de competências individuais que podem ser agrupadas em quatro domínios (Nutbeam *et al*, 2007): o conhecimento cultural e conceptual; a capacidade de ouvir e falar; a capacidade de escrever e ler e, por fim, a numeracia.

Estes domínios incluem ainda várias competências: *competências básicas em saúde* com aplicação de medidas de promoção da saúde, comportamentos de proteção da saúde e prevenção da doença, bem como de autocuidado; *competências do doente* para se orientar no sistema de saúde e agir em parceria com os profissionais; *competências como consumidor* para tomar decisões de saúde na seleção de bens e serviços e eventualmente agir de acordo com os direitos dos consumidores; *competências como cidadão*, através de comportamentos informados para votar, conhecimento dos seus direitos em saúde, advocacia para assuntos de saúde e participação como membro de organizações de saúde e de doentes (Kickbush *et al*, 2006; Loureiro *et al*, 2010).

Pode considerar-se a literacia como dotada de carácter dinâmico, na medida em que pode aumentar ou regredir, de acordo com o meio. Nutbeam (2008) elaborou um modelo, o Modelo de literacia de Nutbeam, 2002, que considera três níveis de literacia em saúde:

Nível I – **literacia funcional ou básica**, que inclui a capacidade de aplicar um nível básico de literacia à análise de materiais relacionados com a saúde, como por exemplo, ler e compreender informação básica transmitida. Uma pobre literacia funcional origina dificuldade em seguir e compreender indicações para uma boa saúde, nomeadamente para decifrar o conteúdo de brochuras e materiais informativos.

Nível II – **literacia interativa ou comunicativa**, que já encerra algum nível de capacidades cognitivas e para tomar atitudes num ambiente social. Os doentes são capazes de avaliar a informação, podendo inclusivamente “negociar” o tratamento com o médico. Envolve uma utilização independente da informação, com motivação e autoconfiança.

Nível III – **literacia crítica**, que corresponde a um estágio já bastante funcional e interativo. Comporta capacidades de análise e permite o *empowerment*. As pessoas com este nível de literacia são capazes de promover o desenvolvimento da comunidade. Estes indivíduos conseguem ponderar vantagens, desvantagens e tomar decisões informadas.

Os níveis de literacia, conforme vão sendo mais elevados, vão permitindo maior autonomia e maior *empowerment*. Mais recentemente, foi proposto um quarto nível de literacia em saúde, a literacia holística, integrando as dimensões da tolerância, compreensão da cultura como uma vertente ampla e multidimensional, consciência ambiental e análise multifatorial do contexto mundial. (Rask *et al*, 2013).

Detentoras de um bom nível de literacia em saúde, as pessoas são capazes de tomar decisões relacionadas com a saúde, fundamentadas, em qualquer contexto do quotidiano. Assim, os indivíduos identificam, tomam consciência das suas necessidades em saúde e, conseqüentemente, desenvolvem competências no sentido de promover ambientes saudáveis, conduzindo as suas próprias opções e mudanças de comportamento.

Os determinantes de saúde relacionados com a literacia integram, entre outros, a educação, capacidades individuais, desenvolvimento na primeira infância, envelhecimento, condições de vida e de trabalho, género e cultura.

Contribuem para a literacia, os contextos sociais e culturais em que as pessoas se inserem. A escola, o sistema de saúde, a família, os amigos, grupos de pares e os *mass media* são importantes na construção desta capacidade (WHO, 2013; Loureiro, 2010).

Uma parte das opções tomadas são opções informadas, mesmo que inadequadas.

Mas grande parte delas pode explicar-se por baixa literacia. Neste sentido, Pollard *et al* (1998) referem que os estudantes parecem assumir mais facilmente um comportamento alimentar adequado, relativamente aos não-estudantes. No entanto, Lappalainen *et al*, 1998 referem que grande parte dos europeus acreditam não necessitar de alterar os seus hábitos alimentares, considerando-os suficientemente saudáveis o que mostra que, só por si, o acesso à informação não é suficiente para a implementação de hábitos saudáveis.

A consciencialização da relação entre os hábitos saudáveis e o bem-estar é fundamental para o desenvolvimento de hábitos adequados (Conner *et al*, 1995).

As razões que levam as pessoas a apresentar lacunas a este nível podem ser a falta de motivação relacionada com a perceção da pouca relevância do conhecimento, a falta de interesse ou más experiências anteriores, o custo e disponibilidade de tempo e, em alguns casos, obstáculos como o domínio da língua dominante na comunidade em que se está inserido (WHO, 2013).

As intervenções, com estratégias combinadas, de múltiplos intervenientes relevantes, em “rede” e participativos, são especialmente benéficas na promoção da literacia em saúde. (WHO, 2013).

Rudd (2007) considera que os indivíduos que apresentam maiores capacidades de literacia geral têm maior probabilidade de apresentar, também, maiores capacidades de literacia em saúde, registando haver associação entre literacia, fatores sociais e estado de saúde.

A literacia afeta também a perceção de autoeficácia. O nível de literacia afeta diretamente a capacidade para aceder à informação e apreendê-la no sentido de agir preventivamente. Com estas capacidades comprometidas, estará condicionada a adesão aos tratamentos, a procura de ajuda e a capacidade para se movimentar, comunicar e negociar (HLS-EU Consortium, 2012; Mancuso *et al*, 2008).

Da mesma forma, um bom nível de literacia pode considerar-se uma mais-valia para o indivíduo, gerando melhor qualidade de vida e, por isso, deve ser um elemento a reforçar através de atividades no âmbito da educação para a saúde (Loureiro *et al*, 2010).

De salientar que a pessoa que possui uma boa literacia em saúde, apresenta também potencial para influenciar os outros e a sociedade em geral (Mancuso *et al*, 2008).

O modelo KAB (*knowledge, attitudes, behaviour* - conhecimento, atitude e comportamento) foi usado para caracterizar a corrente individualista de educação em

saúde e defende que quanto mais o indivíduo adquirir conhecimento, mais pode existir mudança de atitude e de comportamento. No entanto, a literacia constituirá apenas um dos fatores, apesar de essencial, a ter em conta (Kemmm *et al*, 1991).

A literacia em saúde pode assim ser entendida não como uma condição suficiente para mudança de comportamentos mas como uma condição necessária para que tal aconteça (Santos *et al*, 2010).

Mais recentemente, surgiu a referência a uma literacia alimentar, que inclui a compreensão da informação contida nos rótulos e conhecimentos de nutrição (Rudd, 2007).

Atualmente, faz sentido falar também de *eHealth literacy*, uma vez que a sociedade tecnológica trouxe consigo múltiplos meios para aceder a informação *online*. Neste caso, fala-se na capacidade para procurar, encontrar, compreender, avaliar a informação disponível nos meios eletrónicos, aplicando esse conhecimento para a manutenção e resolução de problemas no âmbito da saúde. Os jovens, de um modo geral, possuem acesso facilitado a fontes de informação e apresentam elevada capacidade para usar os meios disponíveis. No entanto, o facto de ter a possibilidade de aceder facilmente à informação eletrónica de saúde (*eHealth*), não garante que os mesmos sejam capazes de a selecionar e utilizar adequadamente. Num estudo de Stellefson *et al* (2011) verificou-se que, apesar das evidentes competências para procurar a informação, a perceção que os jovens apresentavam quanto às suas capacidades de literacia *eHealth* apresentavam incongruências, não correspondendo ao registo de capacidades reais.

A literacia *eHealth* combina as capacidades-base ou tipos de literacia: literacia tradicional, literacia em saúde, literacia informacional, literacia científica e literacia computacional (Stellefson *et al*, 2011).

7. MODELOS EXPLICATIVOS DO COMPORTAMENTO EM SAÚDE

Cada indivíduo desenvolve perceções, crenças, expectativas e atitudes face à alimentação. Estes constituem importantes fatores que interagem com um conjunto de contextos sociais, culturais, para além dos biológicos. Desenvolvem-se interações e motivações integradas numa rede multifatorial complexa.

Existem vários modelos ou teorias explicativas do comportamento individual, da influência do ambiente e da forma como os indivíduos, ambiente e comportamento em saúde interagem.

O modelo desenvolvimental coloca como ponto essencial das escolhas, a

aprendizagem e a experiência, sobretudo durante a infância. Defende que o padrão alimentar desta fase do ciclo de vida tende a persistir na idade adulta. Apoiam esta teoria estudos como o de Brunstrom *et al* (2005), que confronta as preferências em crianças nos períodos iniciais de introdução dos alimentos com as preferências observadas no adulto. Assim, pode falar-se em fatores biológicos inatos, a que se adicionam fatores psicológicos e afetivos, de experiência alimentar, sujeitos a aprendizagem (Viana *et al*, 2008).

Já os modelos sociocognitivos, desenvolvidos originalmente por Bandura, integram a dimensão da atitude, perceção do risco, perceção da gravidade do problema, custos/benefícios do comportamento, perceção de autoeficácia, perceção do controlo, comportamento passado e normas sociais (Silva *et al*, 2008).

Segundo as teorias do comportamento, as atitudes são compostas por crenças, sentimentos (ou afetos) e tendências de ação. No que respeita a crenças informacionais, há a ter em conta aquilo em que a pessoa acredita. Neste sentido e relativamente ao aspeto alimentar, muitas serão as crenças decorrentes de informação credível, mas também existirão lacunas de informação e até mitos. As crenças justificam os atos para a própria pessoa, logo é necessário ter em conta as crenças do público-alvo. As crenças avaliativas dizem já respeito a um juízo, a partir dos benefícios e custos da situação e são influenciadas pelas vivências pessoais (Fishbein *et al*, 1976).

Vários estudos parecem demonstrar que é mais fácil mudar as crenças do que mudar o elemento afetivo. O afeto é intrínseco à pessoa, sendo profundamente interiorizado e enraizado. A tendência para agir de forma consistente com a atitude tem também contornos individuais. A motivação será determinante para que haja mudança de comportamento (Shepherd *et al*, 1999). A motivação refere-se à ativação e persistência do comportamento: a atividade cognitiva suporta-a. Este suporte tem por base a representação cognitiva de resultados futuros, a definição de objetivos e a avaliação da realização pessoal (Bandura, 1997).

Considerando o modelo da motivação para a proteção (Weinstein *et al*, 2008), as pessoas necessitam de algum tipo de motivação para mudar o seu comportamento ou para tomar decisões relacionadas com a sua saúde. A avaliação da ameaça, baseada na gravidade e vulnerabilidade, que estão dependentes também do medo, interagem com uma avaliação da eficácia da resposta e autoeficácia que, conjuntamente, originam uma determinada intenção de comportamento que, por sua vez, acarreta o comportamento.

Segundo O'Dea (2003), o maior motivador de uma alimentação saudável em crianças e adolescentes é o desejo de ter uma mente, corpo e estado emocional "limpos", "frescos" e "enérgicos".

Rimer (2008), a propósito do Modelo de crenças na Saúde, desenvolvido por Becker, defende que a decisão de um indivíduo, no sentido de adotar comportamentos saudáveis resulta de crenças, na dependência de algumas variáveis psicológicas. Estas variáveis são a percepção da suscetibilidade a determinada doença, a percepção da gravidade dessa doença, a percepção dos custos e benefícios de determinadas ações, as "pistas" para a ação (internas e/ou externas) e a percepção das barreiras a essas ações, vindo a integrar, posteriormente, o conceito de autoeficácia.

O modelo de crenças em saúde parte do princípio que os comportamentos saudáveis são determinados pela percepção das pessoas acerca das ameaças à sua saúde e ao valor que lhes atribui. Se os indivíduos se percecionarem como suscetíveis a uma doença ou condição e acreditarem que essa condição tem consequências revestidas de gravidade e que uma determinada ação pode ter efeitos benéficos sobre ela, reduzindo a suscetibilidade, podem atuar no sentido de reduzir os riscos (Rimer, 2008).

Os constructos referidos podem ser mediados por variáveis como a idade, género, etnia, personalidade, variáveis socioeconómicas e informação/literacia. Ao sentir a ameaça, e recorrendo às pistas para a ação, desencadeiam-se os comportamentos individuais.

Apesar de definidos vários constructos, através das teorias e modelos do comportamento em saúde, nem sempre a relação entre eles e a forma como se inter-relacionam é clara.

As "pistas para a ação" podem advir de eventos orgânicos internos ou ambientais. A publicidade pode ser uma das pistas (Champion *et al*, 2008). Da mesma forma, as "pistas" promotoras da ação podem ser muito fugazes e quase inconscientes, mas suficientes para modular o comportamento individual.

A percepção de autoeficácia, conceito introduzido por Bandura, foi integrada mais tarde no modelo de crenças em saúde, já que traduz uma posição individual acerca dos restantes constructos. A percepção de autoeficácia é sobretudo importante para a opção e manutenção dos comportamentos. Este conceito pode aplicar-se à interpretação, não só do comportamento como fenómeno isolado, mas do fenómeno de repetição dos comportamentos, nomeadamente no que respeita à atividade física e alimentação.

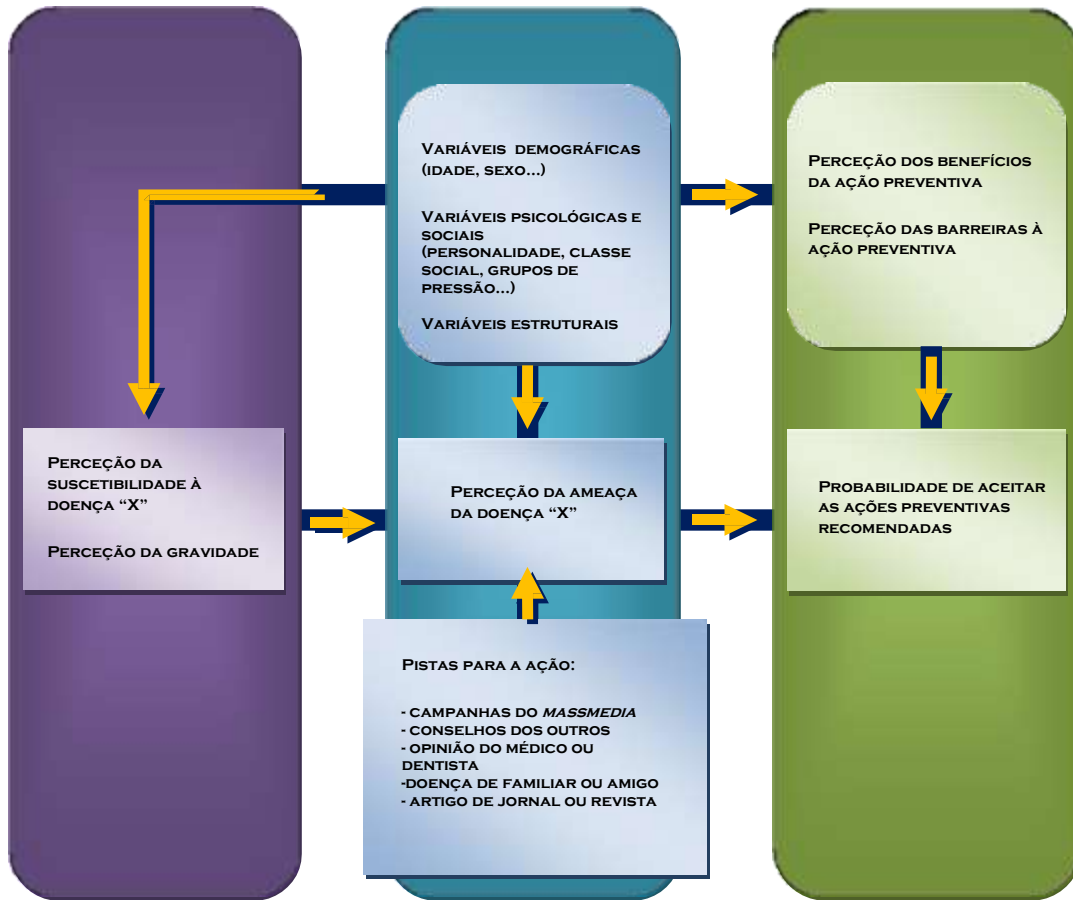


Figura 1: Modelo de Crenças em Saúde, adaptado de Couto (1998).

Bandura (1982) descreve percepção de autoeficácia como o sentido de autoestima ou valor próprio, sentimento de adequação, eficácia e competência para enfrentar os problemas. As pessoas com elevada percepção de autoeficácia geral consideram-se capazes de vencer os obstáculos, persistem e confiam no controlo da sua própria vida.

A percepção de autoeficácia está intimamente ligada à motivação, podendo ter implicações variadas no comportamento, no pensamento e nas emoções. Estará na base de escolhas efetuadas pelos indivíduos e no doseamento do esforço despendido em atividades ou realizações. Do mesmo modo, a persistência perante situação adversa estará na dependência deste constructo. Quanto maior a percepção de autoeficácia, maior o investimento e o esforço, suportado complementarmente pela vertente cognitiva (Ribeiro, 1995).

A percepção de autoeficácia encerra dois tipos de expectativas: a que advém do facto do individuo acreditar que pode realizar a ação e a expectativa de vir a obter determinado resultado (Ribeiro, 1995). Se existir expectativa de resultados, mas não expectativas de eficácia, o comportamento não será afetado.

Bandura (1977) refere que a expectativa, só por si, não produz o desempenho desejado se a componente das capacidades individuais adequadas não existir.

Indivíduos com elevada percepção de autoeficácia adotam mais facilmente mudanças nos comportamentos e modificam também mais facilmente comportamentos pouco saudáveis. Por outro lado, suportam melhor o *stress*, reduzindo o seu impacto (O'Leary, 1992).

A percepção de autoeficácia tem sido relacionada com inúmeros fatores relacionados com o estilo de vida e a saúde, tendo mesmo sido relacionada em concreto com a melhoria de parâmetros imunitários (Wiedenfeld *et al*, 1990). Tal constatação, só por si, é reveladora do impacto positivo da percepção de autoeficácia na saúde.

Habitualmente, a percepção de autoeficácia desenvolve-se em contexto, sendo específica da situação (Ribeiro, 1995). No entanto, Bandura refere que algumas experiências podem desencadear um sentido de eficácia generalizado, muito para além da situação específica.

Segundo Chen *et al*, 2001, "*A autoeficácia geral abarca as diferenças entre os indivíduos e a sua tendência para se considerarem capazes de levar a cabo tarefas numa ampla variedade de contextos*".

Vários autores apontam a percepção de autoeficácia específica como um "estado motivacional" e a percepção de autoeficácia geral como um "traço motivacional". Esta última parece mesmo ser menos vulnerável a influências efémeras (Imam *et al*, 2007; Ribeiro, 1995). O desenvolvimento das teorias explicativas dos comportamentos tem vindo a integrar o modelo da salutogénese de Antonovsky cujo conceito central é o Sentido de Coerência. Este conceito define a capacidade que um indivíduo, com um persistente sentimento de confiança, tem para encarar os estímulos como estruturados, previsíveis e explicáveis, compreendendo-os e enfrentando-os (Antonovsky, 1996).

A Teoria da aprendizagem social ou sociocognitiva de Bandura, aplicável sobretudo à interação indivíduo-ambiente, defende que aprendemos a observar os outros, sendo dessa observação de "modelos" que podemos aprender. Aponta uma interação recíproca entre fatores internos (intrínsecos ao sujeito), fatores externos (do meio ambiente) e o comportamento do indivíduo que interagem mutuamente com um determinado resultado dessa interação. Para que o modelo funcione, é necessário: atenção, retenção, reprodução e motivação. Esta teoria sofreu sucessivos ajustes, iniciando com princípios de aprendizagem integrada em contexto social (Bandura, 1997), depois alargou à compreensão das capacidades humanas que decorrem da

experiência e observação e comunicação simbólica (*idem*, 1986) e, posteriormente, abarcou conceitos da sociologia e ciência política para compreender as capacidades funcionais e adaptativas dos grupos e sociedades (*idem*, 1997). Os conceitos-chave são os determinantes psicológicos do comportamento, a aprendizagem observacional, autorregulação e libertação moral. Esta teoria aponta a percepção de autoeficácia como promotora de mudança de comportamentos e, neste sentido, Teixeira *et al* (2011), menciona a percepção de autoeficácia como promotora do autocontrolo e motivadora de escolhas desafiantes.

A Teoria da Ação Racional, proposta por Ajzen e Fishbein (1975), defende que as intenções e os comportamentos resultam de um processo racional em que os constructos funcionam como normas subjetivas e intenções de assumir ações específicas. Toma alguma relevância o fator controlo.

A Teoria do Comportamento Planeado desenvolveu-se a partir da teoria da ação refletida, à qual foi adicionado o conceito de percepção de controlo do comportamento (Couto, 1998). Na sua formulação inicial, a teoria postula que o comportamento é determinado diretamente pela intenção de o realizar, sendo esta, por seu turno, influenciada pela atitude e pela norma subjetiva (ou seja, a pressão social percebida para desempenhar ou não o comportamento). O melhor indicador comportamental é a vontade e intenção do comportamento. A teoria contempla uma avaliação global das atitudes que é referida como englobando as crenças individuais (i.e. prós e contras) subjacentes a um comportamento (Couto, 1998). Segundo Ajzen (1991), a atitude é o determinante mais forte do comportamento (Armitage *et al*, 2001).

Ogden (2003) defende que, por vezes, somos ambivalentes e ficamos encerrados entre o “nocivo mas agradável” e o “saboroso mas demasiado calórico”. As escolhas têm que ser entendidas como sendo tomadas numa rede de interações sociais.

No campo da mudança de comportamentos, podemos ainda referir a Teoria da Dissonância Cognitiva. Tal contempla o conflito entre duas ideias ou pontos de vista contraditórios. Como esse conflito é geralmente desconfortável, os indivíduos procuram a consonância, tentando compatibilizar as ideias. Este efeito foi descrito por Festinger e Carlsmith em 1959. A teoria prevê que a dissonância, por ser desagradável, motiva a pessoa a substituir a sua cognição, atitude ou comportamento e pretende explicar a ligação entre atitude e comportamento. As pessoas habitualmente evitam inconsistências e toleram mal a ambiguidade. Quando existe conflito, iniciam-se forças para que o indivíduo alcance de novo um estado de

equilíbrio, em que as atitudes e os comportamentos sejam de novo consistentes.

Existem várias formas de reduzir a dissonância: mudar o comportamento, concluir que o comportamento dissonante não é assim tão importante, mudar de atitude ou, ainda, procurar elementos mais consonantes para pesarem contra a dissonância.

Existe uma pressão externa constante no sentido de persuadir para certas atitudes e comportamentos, apesar de na maior parte dos casos não ser percebida como tal (Stice *et al*, 2008).

O modelo transteórico da mudança, de Prochaska *et al.* (1992), identifica diversas fases no processo de mudança de comportamento para estilos de vida mais saudáveis. Os estádios de mudança lideram os princípios de mudança dentro de diferentes teorias de intervenção, daí o termo transteórico. Este modelo integra um conjunto de fatores, como a responsabilização e as escolhas pessoais, o impacto social e as forças ambientais que determinam limites reais à potencial mudança individual. Os constructos centrais são: estádios de mudança (precontemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e terminação), processos (consciencialização, alívio do drama, auto-reavaliação, reavaliação ambiental, auto-libertação, relações de ajuda, contra- condicionamento, reforços, controlo do estímulo e libertação social), decisão (prós e contras) e autoeficácia (confiança e tentação).

A Teoria da auto-determinação (Deci *et al*, 1981) apresenta uma perspetiva muito próxima do conceito do sentido de coerência. Wehmeyer (1992) citado por Appel-Silva *et al* (2010), refere-se à autodeterminação como um conjunto de comportamentos e capacidades que conferem ao indivíduo a posição de agente causal em relação ao seu futuro. Assim, a autodeterminação diz respeito a comportamentos intencionais. Um comportamento autodeterminado será assim autónomo, autorregulado, reflexo de um *empowerment* e resulta em autorrealização (Silva *et al*, 2008).

Também o conceito de locus de controlo da saúde enfatiza atribuições de causalidade de controlo. Este constructo derivou do conceito de locus de controlo proposto por Rotter e prevê que indivíduos com maior perceção de controlo interno acreditem que podem influenciar a sua saúde, originando atitudes e comportamentos de prevenção e controlo conducentes ao bem-estar (Wallston, 1992). Dotados de menor perceção de controlo interno, os indivíduos estão mais vulneráveis às pressões do ambiente.

Todos os modelos apresentados atribuem os comportamentos a vários fatores que importa clarificar em contexto específico.

Na realidade, todos os modelos comportamentais, alguns deles assentes em estudos bastante longínquos no tempo, apresentam pontos em comum, sendo pertinente articulá-los e reconstruir uma teoria, testando e pesquisando associações, segundo metodologias inovadoras.

O estudo das atitudes e padrão alimentar nos jovens não se pode dissociar do estudo do padrão de atividade física ou prática desportiva (Neumark-Sztainer *et al*, 2006).

Segundo a teoria da ação racional, é realizada uma avaliação positiva ou negativa da atividade física, por parte do indivíduo, que poderá ser determinante para a efetiva opção a favor da prática da atividade física. Segundo o modelo de crenças em saúde, quando a perceção dos benefícios se sobrepõe aos prejuízos ou às barreiras, há maior probabilidade de realizar opções saudáveis (Deforche *et al*, 2006).

A perceção de autoeficácia medeia igualmente as intenções e prática de atividade física. Num estudo de Hagger, confrontando com a teoria do comportamento planeado de Ajzen, a atitude e a autoeficácia surgiram como preditores mais fortes da intenção de praticar atividade física, em detrimento do controlo percebido e normas subjetivas. Os jovens com atitude positiva e elevada autoeficácia estão mais predispostos a desenvolver a intenção de prática de atividade física (Hagger *et al*, 2001).

Capítulo III. OBJETIVOS

1. CONTEXTO

A amostra de adolescentes foi proveniente de duas escolas de Coimbra, uma com localização central e outra na periferia semi-rural. Uma das escolas possuía segundo e terceiro ciclos e ensino secundário e outra possuía apenas ensino secundário. Ao nível do ensino secundário, ambas possuíam ensino regular e ensino profissional.

Procurou-se diversidade (entre adolescentes) socioeconómica bem como de oferta alimentar (em termos de pastelaria/*snack-bar* e estabelecimentos *fast-food* e em termos de ementa de cantina escolar). Nenhuma das escolas possuía máquinas de alimentos. A localização de ambas permitia optar por fazer refeições fora da escola, noutros estabelecimentos. Uma delas situava-se mesmo junto a um centro comercial.

2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

A Questão de investigação principal do estudo é: *Quais os fatores associados às escolhas a nível alimentar e de atividade física, por parte de adolescentes, em portugueses?*

Complementarmente à questão principal da investigação, foram delineadas *perguntas de investigação*, fundamentais para a estruturação do estudo:

- ✓ Que fatores, de cariz pessoal, social, ambiental e familiar, estarão associados às escolhas alimentares de adolescentes portugueses?
- ✓ Que fatores, de cariz pessoal, social, ambiental e familiar, estarão associados às escolhas de atividade física de adolescentes portugueses?
- ✓ Existirá associação entre os hábitos alimentares e a atividade física de adolescentes portugueses?
- ✓ Existirá associação entre os hábitos alimentares e a perceção de autoeficácia geral de adolescentes portugueses?
- ✓ Existirá associação entre os hábitos alimentares e o risco de perturbação do comportamento alimentar de adolescentes portugueses?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Caracterizar fatores associados às escolhas alimentares e de atividade física de adolescentes portugueses.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar a percepção de adolescentes portugueses (14-18 anos de idade), acerca do que são hábitos saudáveis, ao nível alimentar e de atividade física.
2. Caracterizar hábitos alimentares e de atividade física entre adolescentes portugueses.
3. Identificar potenciais determinantes da adoção de determinados comportamentos alimentares e de padrões de atividade física, por adolescentes portugueses.
4. Caracterizar a associação de fatores biológicos (como por exemplo fome/saciedade e palatabilidade) e de experiência alimentar (experiências repetidas e papel da aprendizagem) com as escolhas alimentares e de atividade física em adolescentes portugueses.
5. Caracterizar a associação de fatores económicos e ambientais com as escolhas alimentares e de atividade física de adolescentes portugueses.
6. Caracterizar a associação da percepção de autoeficácia sobre os hábitos alimentares e de atividade física de adolescentes portugueses.
7. Caracterizar a associação entre hábitos familiares, dos pares e outros fatores socioculturais nas escolhas e atitudes de adolescentes portugueses (relativamente a alimentação e atividade física).
8. Conhecer os intervenientes no processo de seleção dos comportamentos alimentares e de atividade física de adolescentes portugueses.
9. Obter uma perspetiva da importância relativa de cada potencial determinante, através da percepção dos adolescentes.
10. Comparar os contextos/relatos de adolescentes com hábitos alimentares adequados *versus* contextos/relatos de adolescentes com hábitos pouco adequados.

3.3. PUBLICAÇÕES:

Objetivo específico	Trabalho apresentado e/ou publicado
3, 7, 8 e 10	ARTIGO: CARDOSO, S.; SANTOS, O.; NUNES, C.; LOUREIRO, I. - Escolhas e hábitos alimentares em adolescentes: associação com padrões alimentares do agregado familiar. Revista Portuguesa de Saúde Pública . 33:2 (2015) 128-136.

-
- 6** *POSTER/RESUMO: CARDOSO, S.; SANTOS, O.; NUNES, C.; LOUREIRO, I.*
Association between general self-efficacy and physical activity among adolescents. 3rd Ipleiria Health congress, realizado em maio 2016.
*Resumo **publicado** na revista BMC Health Services Research*
-
- 6** *POSTER/RESUMO: CARDOSO, S.; NUNES, C.; SANTOS, O.; LOUREIRO, I.*
Association between general self-efficacy and eating habits among adolescents. I World Congress of Children and Youth Health Behaviours and IV National Congress of Health Education, realizado de 23 a 25 de Maio de 2013 na Escola Superior de Saúde de Viseu.
*Resumo **publicado** na revista Atención Primaria (Maio 2013, vol.45).*
-
- 7, 8** *POSTER/RESUMO: CARDOSO, S.; SANTOS, O.; NUNES, C.; LOUREIRO, I.*
Eating attitudes and risk of eating disorders in adolescents: role of the thinness stereotype. 2nd Ipleiria International Congress: Challenges and Innovation in Health
*Resumo **publicado** na revista Revista de Saúde Pública (Maio 2014, nº especial, vol.48).*
-

Encontram-se em elaboração outros trabalhos, explorando os restantes objetivos e que se pretende submeter posteriormente para publicação.

Capítulo IV. MATERIAL E MÉTODOS

1. MATERIAL E MÉTODOS

1.1. TIPO DE ESTUDO

O estudo seguiu um desenho misto, do tipo observacional (uma vez que não existe intervenção do investigador) e transversal (com dados acerca de um grupo, recolhidos apenas num dado momento), com abordagem quantitativa, seguida de abordagem qualitativa. O método de amostragem foi não probabilístico, por conveniência. Os resultados quantitativos foram a base para a formação de subgrupos, de pequenas dimensões, para análise qualitativa.

Para Ribeiro (2010, p.75),

“A investigação qualitativa ajuda a explicar, a compreender o quê e o porquê, que a investigação quantitativa ajuda, com a força dos números, a identificar. Esta força dos números que se reconhece à investigação quantitativa não ajuda no entanto a compreensão dos pequenos detalhes que podem explicar os resultados”.

A abordagem qualitativa de um determinado fenómeno permite contactar com os sujeitos que o experienciam e compreender as suas vivências no ambiente em que ocorrem, pelo que, *“o empreendimento da investigação qualitativa é relativo à possibilidade de permitir múltiplas interpretações da mesma realidade”* (Cheek citado por Streubert, 2002, p.3).

Deste modo, a investigação qualitativa constitui um trabalho de proximidade e interatividade que observa, analisa e interpreta um determinado fenómeno em contexto natural, permitindo compreender o seu significado, tendo em conta a perspetiva única dos indivíduos estudados e a complexidade do referido fenómeno (Ribeiro, 2010).

É com base nestes pressupostos que, após uma abordagem quantitativa destinada a analisar a amostra total, foi adotada uma abordagem qualitativa sobre pequenos grupos seriados de acordo com os resultados das escalas. Estes subgrupos, com características uniformes entre si, permitiram o confronto de contextos opostos e um estudo mais aprofundado do contexto de cada grupo.

1.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

O método de amostragem foi não probabilístico, por conveniência, abarcando alunos do ensino secundário (10º, 11º e 12º anos de escolaridade), com idades entre os 14 e os 18 anos de idade, de ambos os sexos. Todos os alunos com 14 anos de idade

perfaziam os 15 no prazo de dois meses.

A amostra de adolescentes constituiu uma população acessível (amostra de conveniência). Os questionários foram aplicados por turma, aos alunos que entregaram autorização para tal. Numa das escolas, foram aplicados questionários aos alunos de duas turmas do ensino regular, por ano de escolaridade (6 turmas) e duas turmas de curso profissional de anos de escolaridade consecutivos e, noutra escola, foram aplicados questionários a três turmas do ensino regular, por ano de escolaridade (9 turmas). A seleção das turmas foi realizada com base na conveniência do horário escolar.

Considerando a população estudantil do concelho de Coimbra (dados consultados em Pordata), integrando alunos dos cursos gerais e profissionais, há a considerar 6303 alunos em 2011, altura em que se iniciou a recolha de dados para o presente estudo. Assim, considerando uma margem de 5%, uma confiança de 95% e uma proporção esperada de hábitos alimentares adequados/inadequados de 50%, a dimensão ideal da amostra a estudar seria de 363 adolescentes, aproximada aos 358 que foram alvo do estudo. O valor de 50% relativo a hábitos alimentares adequados/inadequados foi utilizado de forma a maximizar a dimensão da amostra, não considerando nenhum valor de referência decorrente da literatura.

1.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos na amostra em estudo os alunos que cumpriam, cumulativamente, os seguintes critérios:

- Ter entre 14 e 18 anos de idade.
- Frequentar o ensino secundário regular ou profissional.
- Estar presente no dia e hora de aplicação dos questionários.
- Ter autorização de participação, pelo consentimento informado solicitado aos pais e aos próprios.

Critérios de exclusão: foram retirados do estudo, adolescentes com história clínica de distúrbio alimentar diagnosticado e/ou com patologia condicionante da dieta (n=4).

1.4. PRIMEIRA FASE DO ESTUDO (ABORDAGEM QUANTITATIVA)

Aplicaram-se quatro escalas: a Escala de Hábitos Alimentares (EHA) para avaliação dos hábitos alimentares (Marques *et al*, 2011), o Teste de Atitudes Alimentares (TAA-25) para avaliação do risco de distúrbio do comportamento alimentar (Pereira *et al*, 2011), o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) para determinação do

padrão de atividade física (Craig *et al*, 2003) e a Escala de Autoeficácia Geral (GSQ). As equipas que validaram as escalas EHA e TAA foram contactadas no sentido de solicitar autorização de uso e informar do trabalho em curso. As escalas foram aplicadas por questionário em papel, em sala de aula, administradas pelo professor ou diretor de turma.

1.4.1. Recolha de Dados

A recolha dos dados quantitativos foi realizada através de questionários de autopreenchimento e os dados para análise qualitativa foram recolhidos por entrevista individual semiestruturada face-a-face.

A metodologia de recolha de dados sustenta-se na literatura consultada sobre atitudes, comportamentos, padrão de escolhas e hábitos. Por isso, inicia-se o estudo com uma caracterização a este nível, aplicando escalas validadas.

1.4.1.1. Escala de Hábitos Alimentares (EHA)

A escala de hábitos alimentares – EHA (Eating Habits Scale) foi validada para Portugal por Marques *et al.* (2011). Foram realizados diversos estudos preliminares com adolescentes e jovens adultos. O estudo de validação abarcou indivíduos da região centro, tal como a amostra em estudo neste trabalho.

Esta escala é constituída por 40 itens com resposta através de escala tipo *likert*. São avaliados itens relacionados com a quantidade (7 itens), qualidade (14 itens), variedade (8 itens) e adequação alimentares (11 itens).

Cada item, constituído por afirmações relativas a hábitos alimentares específicos, apresenta cinco alternativas de resposta: nunca (0 vezes por semana), raras vezes (1 a 2 vezes por semana), algumas vezes (3 a 4 vezes por semana), muitas vezes (5 a 6 vezes por semana) e sempre (7 ou mais vezes por semana).

Quanto mais elevada a pontuação média (cada item variando de 1 a 5), mais adequados são os hábitos alimentares. (em termos das subdimensões qualidade, quantidade, variedade e adequação alimentares). A pontuação global (somatório das respostas dadas aos 40 itens), pode apresentar valores a variar entre 40 e 200.

O processo de validação da EHA desenvolvido por Marques (2011) resultou de uma amostra não aleatória, de âmbito regional (zona centro) e verificou haver alguns itens com baixa correlação (itens 15 - “o azeite faz parte da minha alimentação” , 39 - “como arroz/massa e batata” e 40 - “como peixes gordos”) com a pontuação total da escala (reduzindo o valor global de consistência interna). No entanto, os referidos itens foram

mantidos por questões de significado de constructo. Os valores de alfa de Cronbach encontrados no estudo de validação foram de $\alpha=,5$ para a quantidade alimentar, $\alpha=,716$ para a qualidade alimentar, $\alpha=,658$ para variedade alimentar e $\alpha=,619$ para adequação alimentar. O valor alfa de Cronbach global foi bastante bom: $\alpha=,816$.

1.4.1.2. Teste de Atitudes Alimentares (TAA-25)

O teste de atitudes alimentares (EAT-40/TAA-40), originalmente desenvolvido por Garner e Garfinkel. (1979), foi posteriormente adaptado para uma versão abreviada, o EAT-26. Esta forma abreviada surgiu a partir da seleção dos itens com pesos fatoriais superiores a 0,40. A versão do EAT-40, traduzida para português (Soares *et al*, 2004; Pereira *et al*, 2008) apresenta boa qualidade psicométrica. Uma versão abreviada apresenta vantagens e por isso foi desenvolvida e validada por Pereira *et al* (2011). Esta escala, TAA-25, resultou de uma seleção de itens, com eliminação dos que apresentavam saturações fatoriais inferiores a .30. A escala final integra assim 25 itens, sendo 22 deles comuns às várias versões. A consistência interna é excelente, sendo mesmo superior à da versão não abreviada, apresentando validade discriminante (Pereira *et al*, 2011).

O TAA, apesar de inicialmente validado no contexto da anorexia nervosa, é considerado adequado para analisar situações não clínicas de risco de distúrbio alimentar.

Muitos indivíduos com pontuação elevada não obedecem aos critérios identificativos de anorexia, mas experienciam padrões alimentares que interferem com fatores psicossociais normais. Assim, o TAA pode ser utilizado para triar situações de risco e não para elaboração de diagnósticos (Pereira *et al*, 2011).

Esta escala, composta por 25 itens, apresenta 6 opções de resposta: sempre (3 pontos), muito frequentemente (2 pontos), frequentemente (1 ponto), às vezes, raramente e nunca (0 pontos). Não existem itens invertidos. A pontuação total, obtida por soma de todos os itens, varia entre 0 e 75. Pontuação igual ou superior ao ponto de corte é reveladora de alto risco (indicando que os indivíduos são suscetíveis a desenvolver distúrbios de conduta alimentar). Cada item apenas integra a avaliação de um comportamento ou atitude.

No estudo de validação obteve-se um $\alpha=,88$, o que reforça a consistência interna da escala.

Subdivide-se em 3 fatores ou subescalas: Fator I: Motivação para a magreza; Fator II: Comportamentos bulímicos; Fator III: Pressão social para comer. O fator I, motivação

para a magreza, inclui 14 itens relativos a preocupação com o peso e autocontrole alimentar, o fator II, comportamentos bulímicos inclui 8 itens relativos a estratégias de compensação de ingestão compulsiva, sentimentos de culpa e desconforto relativamente à comida e o fator III, pressão social para comer, inclui 3 itens relativos à pressão de terceiros para aumentar o peso ou reforçar a ingestão de alimentos.

Apesar da validação da escala ter sido realizada com base numa amostra de elementos do sexo feminino, a TAA também pode ser utilizada com indivíduos do sexo masculino, tendo sido estudadas as suas propriedades psicométricas (Pereira *et al*, 2011).

Relativamente aos pontos de corte, os autores recorreram a duas estratégias com base em curvas ROC (*Receiver Operating Characteristic*) (Marôco, 2011; Pereira *et al*, 2011). De forma a obter boa sensibilidade e boa especificidade, consideraram adequado um ponto de corte (PC) superior a 25, com ambos os parâmetros mencionados com valores superiores a 95%. Ajustando à prevalência (4%), consideraram que o valor de 19 se adequava, apresentando igualmente valores de sensibilidade e especificidade aproximados a 95% (Pereira *et al*, 2011). Será este PC=19, o usado neste trabalho.

1.4.1.3. International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)

O IPAQ foi proposto pelo International Consensus Group, para medir a atividade física. Este questionário permite compreender os hábitos relativos a quatro dimensões: a atividade física de lazer, atividades domésticas e de jardinagem, atividade física relacionada com o trabalho e relacionada com os transportes. Tais atividades dividem-se entre ligeiras como caminhar, moderadas e vigorosas e são avaliadas para um período de 7 dias. O questionário encontra-se validado, sendo adequado para populações a partir dos 15 anos de idade (international physical activity questionnaire – <http://www.ipaq.ki.se/>; Craig *et al*, 2003).

Os resultados são traduzidos em MET (Metabolic equivalente of task ou, equivalente metabólico). Um MET equivale ao consumo de oxigénio quando em repouso, sentado e corresponde a cerca de 3,5 ml O₂ por kg/ min.

Os MET são múltiplos da taxa metabólica de repouso e um MET-minuto é obtido multiplicando a pontuação MET de uma atividade pelos minutos em que ela decorre. As pontuações de MET-minutos correspondem às quilocalorias para uma pessoa de 60 quilos de peso. As quilocalorias podem assim calcular-se através da fórmula MET-min x (peso em kg/60 kg). Pode recorrer-se também a MET-minutos /dia e a MET-

minutos/semana.

À caminhada corresponde 3.3 METs, às atividades de intensidade moderada correspondem 4 METs e às atividades vigorosas correspondem 8 METs.

Este questionário foi adaptado para utilização internacional, com rigor ao nível da equivalência conceptual, para obtenção de significados e conceitos semelhantes, equivalência métrica, de forma a que as atividades de moderada intensidade correspondam a 3-6 METs e as vigorosas a > 6 METs e equivalência linguística tendo sido alvo de traduções cuidadas para manutenção do sentido de cada questão.

Foi tida em conta a diversidade cultural, nomeadamente a possibilidade de algumas atividades serem levadas a cabo de modo diferente e, por isso, poderem corresponder a intensidades e gasto energético diferentes.

O IPAQ apresenta reprodutibilidade entre as versões curta e longa (validade medida através do coeficiente de Spearman $r_{SP}=0,80$, baseado na atividade física total registada) (Craig *et al*, 2003).

A versão curta confere valores por tipo de atividade, sendo posteriormente somados os valores correspondentes à frequência (dias) e duração (minutos) para obtenção de um *score* (pontuação) total.

O IPAQ, versão curta, integra seis questões acerca de atividades físicas de lazer, atividades domésticas e de jardinagem, atividade física relacionada com o trabalho e atividade física relacionada com os transportes.

O questionário inclui uma questão adicional, acerca do tempo passado na posição de sentado, de modo a obter indicação adicional de sedentarismo, mas não é incluída para obtenção de *scores*.

A partir dos resultados, pode proceder-se à classificação em três categorias de acordo com o padrão de atividade física. A categoria 1, correspondente ao nível mais baixo de atividade física, integrando os indivíduos que não apresentam suficiente atividade física para serem integrados nas categorias 2 e 3. A categoria 2, correspondente a atividade moderada, que resulta da verificação de uma das três situações: 3 ou mais dias de atividade vigorosa ou um mínimo de 20 minutos por dia ou 5 ou mais dias de atividade vigorosa ou caminhadas de, pelo menos, 30 minutos por dia ou 5 ou mais dias de qualquer combinação de caminhada, atividade moderada-intensa ou vigorosa atingindo um mínimo de 600 MET por semana. Por fim, a categoria 3, correspondente a atividade elevada, obedecendo a um dos critérios: atividade vigorosa-intensa num mínimo de 3 dias, até, pelo menos, 1500 MET-minutos por semana ou 7 ou mais dias

de qualquer combinação de caminhada, atividade vigorosa ou moderada-intensa até um mínimo de 3000 MET-minutos por semana.

Como exemplo, para o desenvolvimento de atividades de caminhada, atividades de moderada intensidade e atividades vigorosas, desenvolvidas em 30 minutos, durante cinco dias: caminhada (3.3 METs) x 30 x 5 = 495 MET-minutos/semana; atividades de moderada intensidade (4 METs) x 30 x 5 = 600 MET-minutos/semana; atividades vigorosas (8 METs) x 30 x 5 = 1200 MET-minutos/semana. Estes valores correspondem a 2295 MET-minutos/semana, obtidos pelo somatório das parcelas. No caso apresentado, pode classificar-se a atividade física como moderada.

1.4.1.4. Escala de Autoeficácia Geral (GSQ)

O questionário de autoeficácia geral, adaptado por Ribeiro, baseia-se no Self-Efficacy Scale de Sherer *et al* (1982). Apesar de a percepção de autoeficácia poder assumir características específicas para cada situação, há fatores relacionados com competências e domínio pessoal, intrínsecas ao indivíduo, que influenciam as expectativas em contextos variados. É sobretudo nestes fatores que se baseia o questionário geral (Ribeiro, 1995).

As respostas são dadas numa escala de sete itens (discordo totalmente, discordo bastante, discordo um pouco, não concordo nem discordo, concordo um pouco, concordo bastante e concordo totalmente). Dez itens apresentam-se invertidos. A variação possível situa-se entre os 15 e 105 pontos. Os estudos de validação da versão adaptada portuguesa integraram dois estudos: um estudo piloto com 135 indivíduos jovens e, um estudo definitivo com 609 estudantes, 53% do sexo feminino, alunos a partir do 11º ano de escolaridade. A escala revelou-se adequada com um valor de $R=0,743,79$ a partir do teste de esfericidade de Bartlett e teste Kaiser-Meyer Olkin de $R=0,84$. Procedeu-se à distribuição dos itens da seguinte forma: seis itens relativos ao primeiro fator, iniciação e persistência, cinco itens para o parâmetro eficácia perante a adversidade e quatro itens para a eficácia social. O primeiro avalia a apreciação que o indivíduo faz da sua vontade para iniciar e terminar uma determinada ação, o segundo, avalia a vontade para persistir e continuar a ação mesmo perante adversidades e, o terceiro fator, avalia as expectativas perante situações sociais. Os valores do alpha de Cronbach foram, para o estudo piloto, de 0,86 para o primeiro fator, de 0,82 para o segundo fator e 0,59 para o terceiro. Aquando do estudo definitivo encontrou-se um alpha de Cronbach de 0,84 (Ribeiro, 1995).

1.4.2. Tratamento Estatístico

Para efeitos da análise estatística, utilizou-se o software IBM Statistical Package for the Social Sciences, SPSS 22.0. Os dados recolhidos foram introduzidos em base de dados, sendo atribuído um código numérico a cada participante, anonimizando a amostra.

Após uma abordagem por estatística descritiva e de caracterização da amostra, aplicaram-se testes estatísticos paramétricos e análise através de modelos de regressão. Foi avaliada a normalidade pelo teste de Kolmogorov-Smirnof. Uma vez que a amostra apresenta uma dimensão bastante superior a 30 adolescentes e porque, através de análise gráfica, se verifica que as principais variáveis, especialmente a decorrente da aplicação da escala de hábitos alimentares, se aproxima da normalidade, optou-se pela aplicação de testes paramétricos, considerados mais robustos (Marôco, 2011; Afonso *et al*, 2010).

Para comparação de médias de diversas variáveis contínuas, entre alunos por sexo, recorreu-se ao teste t para amostras independentes. Para variáveis categóricas, recorreu-se ao teste de independência do Qui-quadrado. Para medir a associação entre variáveis recorreu-se a testes de correlação (Pearson- r_P e Spearman- r_{SP}). O primeiro, para estudos envolvendo variáveis quantitativas e o segundo, para análises envolvendo variáveis ordinais, nomeadamente o escalão socioeconómico e os grupos etários. Após uma primeira abordagem, realizada através dos testes paramétricos, apenas foram realizados outros estudos, quando se registaram significâncias ao nível dos primeiros. Assim, consideraram-se nos modelos de regressão logística e regressão linear as variáveis independentes que apresentaram diferenças significativas nas análises bivariadas anteriores. Esta análise destinou-se a verificar a relação funcional entre as variáveis, isto é, de que forma cada variável independente considerada pode prever o valor de outra (Marôco, 2011). Os resultados relativos aos referidos testes encontram-se no Quadro Síntese 1.

Foi definida uma nova variável categórica com base na classificação da escala de hábitos alimentares, recorrendo aos tercis. Tratando-se de uma variável quantitativa contínua, esta opção permitiu subdividir os adolescentes em hábitos alimentares piores, médios e melhores. Foram aplicados modelos de regressão multinomial para estudo da influência das variáveis dependentes previamente referidas sobre esta nova variável. Este modelo foi utilizado após a rejeição de um pressuposto dos modelos de regressão ordinal (teste de homogeneidade dos declives; $p < ,001$) (Marôco, 2011; Afonso *et al*, 2010).

Por fim, foi realizada uma análise inferencial de pesquisa de associação entre as variáveis obtidas a partir da aplicação das escalas EHA, IPAQ, TAA-25 e percepção de Autoeficácia Geral. Realizaram-se testes t, teste de independência do Qui-quadrado para a variável categórica decorrente da aplicação do IPAQ e estudos de correlação. À semelhança do realizado para as variáveis sociodemográficas, procedeu-se à aplicação de modelos de regressão linear quando a significância estatística encontrada previamente nas análises bivariadas assim o justificou (Quadro Síntese 2).

1.4.3. Dados adicionais

O índice de massa corporal (IMC) foi determinado pela investigadora apenas para o caso dos alunos selecionados para o estudo qualitativo. Por questões logísticas e devido ao estudo integrar uma abordagem mais profunda ao nível dos grupos selecionados para a abordagem qualitativa, optou-se por registar o IMC apenas para estes adolescentes. Os dados supracitados foram recolhidos por medição antropométrica do peso e da altura dos adolescentes. Para determinação de pré-obesidade e de obesidade, seguiram-se os pontos de corte (e curvas de percentil) do CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) (CDC, 2002).

Foi registado o sexo e idade (data de nascimento). O escalão socioeconómico foi assumido como sendo o determinado pelos serviços de ação social das escolas, usando-se o escalão de subsídio escolar. Tais dados são públicos e frequentemente afixados na escola. Neste sentido, o escalão C corresponde ao mínimo de subsídio por integrar alunos com escalão 3 ou superiores de abono de família e o escalão A corresponde ao máximo de subsídio por integrar alunos de escalão 1 de abono de família e, por isso, diz respeito aos alunos mais carenciados. As condições de acesso ao abono de família são determinadas pela segurança social (<http://www.seg-social.pt/abono-de-familia-para-criancas-e-jovens>).

1.4.4. Descrição das variáveis

Consideram-se, como variáveis independentes, o sexo, a idade e o escalão socioeconómico.

Como variáveis dependentes: hábitos alimentares, atividade física, atitudes alimentares.

No quadro 1 e quadro 2 apresenta-se a operacionalização das variáveis em estudo.

Quadro 1. Operacionalização das variáveis sociodemográficas

Variável	Tipo	Valores/escala
Idade	Quantitativa discreta	14 a 18
Sexo	Nominal	1- Masculino 2- Feminino
Escalão socioeconómico	Categórica ordinal	1- Sem subsídio 3- Escalão C 4- Escalão B 5- Escalão A

A perceção de autoeficácia pode ser entendida quer como variável independente quer como variável dependente. Tratando-se de uma variável relacionada com uma característica pessoal, poderá condicionar as escolhas. Apesar disso, pode entender-se que esta poderá igualmente ser alterada, eventualmente melhorada, de acordo com os hábitos dos indivíduos. Por exemplo, a prática de exercício físico poderá, hipoteticamente, potenciar uma melhor perceção de autoeficácia.

No quadro 2 apresentam-se as variáveis, decorrentes da aplicação das escalas, sendo que algumas foram tratadas quer sob a forma contínua quer sob a forma categórica. Foram tratadas preferencialmente na forma mais conveniente para tratamento estatístico e consoante a análise em curso. Considerando, por exemplo, a escala de hábitos alimentares, a forma contínua foi utilizada para modelos de regressão linear e a forma categórica foi utilizada quando se pretendeu salientar as diferenças entre os vários tipos de hábitos.

Analisando a variável correspondente ao *score* obtido através da aplicação da EHA – hábitos alimentares, verifica-se uma distribuição normal por aplicação do teste de Kolmogorov-Smirnoff e segundo o teste de Levene para homogeneidade de variâncias. O mesmo se passa com a variável Autoeficácia Geral. Já o padrão de atividade física, aferido pela escala IPAQ e as atitudes alimentares, traduzindo presença/ausência de risco, aferido pela escala TAA-25, não apresentaram distribuição normal. No entanto, tal como já referido no capítulo dos métodos, a análise gráfica traduz uma grande proximidade à normalidade. Por este facto e por se tratar de uma amostra com mais de 30 elementos, podem considerar-se os testes paramétricos.

Quadro 2. Operacionalização das variáveis decorrentes da aplicação das escalas.

Variável	Escala	Tipo	Subdomínios	Questões de avaliação
Hábitos alimentares	EHA	Quantitativa contínua (score ou pontuação total)	Quantidade Alimentar	Itens 36 Invertidos 3, 19, 25, 31, 32, 35
		Nominal: hábitos bastante adequados (≥ 160); hábitos inadequados (≤ 125)	Qualidade Alimentar	Itens 11, 13, 15 e 40 Invertidos 12, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 29
			Variedade Alimentar	Itens 7, 8, 9, 10, 26, 38 e 39 Invertido 33
			Adequação Alimentar	Itens 1, 2, 4, 5, 6, 23, 27 e 28 Invertidos 30, 34 e 37
Atividade física	IPAQ	Nominal	Sedentário	8 questões • a atividade física de lazer • atividades domésticas e de jardinagem • atividade física relacionada com o trabalho • atividade física relacionada com os transportes
			Ativ. Moderada	
			Ativ. Elevada	
Atitudes alimentares	TAA-25	Quantitativa contínua (score ou pontuação total)	Motivação para a magreza	Itens 3, 5, 6, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 23
		Nominal (ponto de corte = 19) Sem risco Com risco de patologia	Comportamentos bulímicos	Itens 1, 2, 4, 8, 9, 10, 14, 18, 21, 22, 25
			Pressão social para comer	Itens 7, 13, 20, 24

Variável	Escala	Tipo	Subdomínios	Questões de avaliação
Autoeficácia	GSQ	Quantitativa	Iniciação e Persistência	Itens 1, 6 Invertidos 5, 7, 14 e 15
			Eficácia perante a adversidade	Itens 2, Invertidos 4, 8, 9, 12
			Eficácia social	Itens 11, 13 Invertidos 3, 10

1.4.5. Desenho e fases do estudo.

Para operacionalizar o estudo (figura 2), consideraram-se as seguintes fases:

1. Autorização da direção das escolas
2. Consentimento informado
3. Administração dos questionários EHA, IPAQ, TAA e GSQ aos alunos - 1ª fase do estudo (quantitativa).
4. Construção da base de dados
5. Tratamento estatístico
6. Seleção dos alunos a integrar os subgrupos para abordagem qualitativa - 2ª fase do estudo, com determinação do Índice de Massa Corporal
7. Entrevistas semiestruturadas individuais
8. Codificação com recurso ao software MaxQda, por método de análise de conteúdo, de acordo com os princípios da *grounded theory* (codificação aberta linha-a-linha de Charmaz) (Charmaz, 2006).

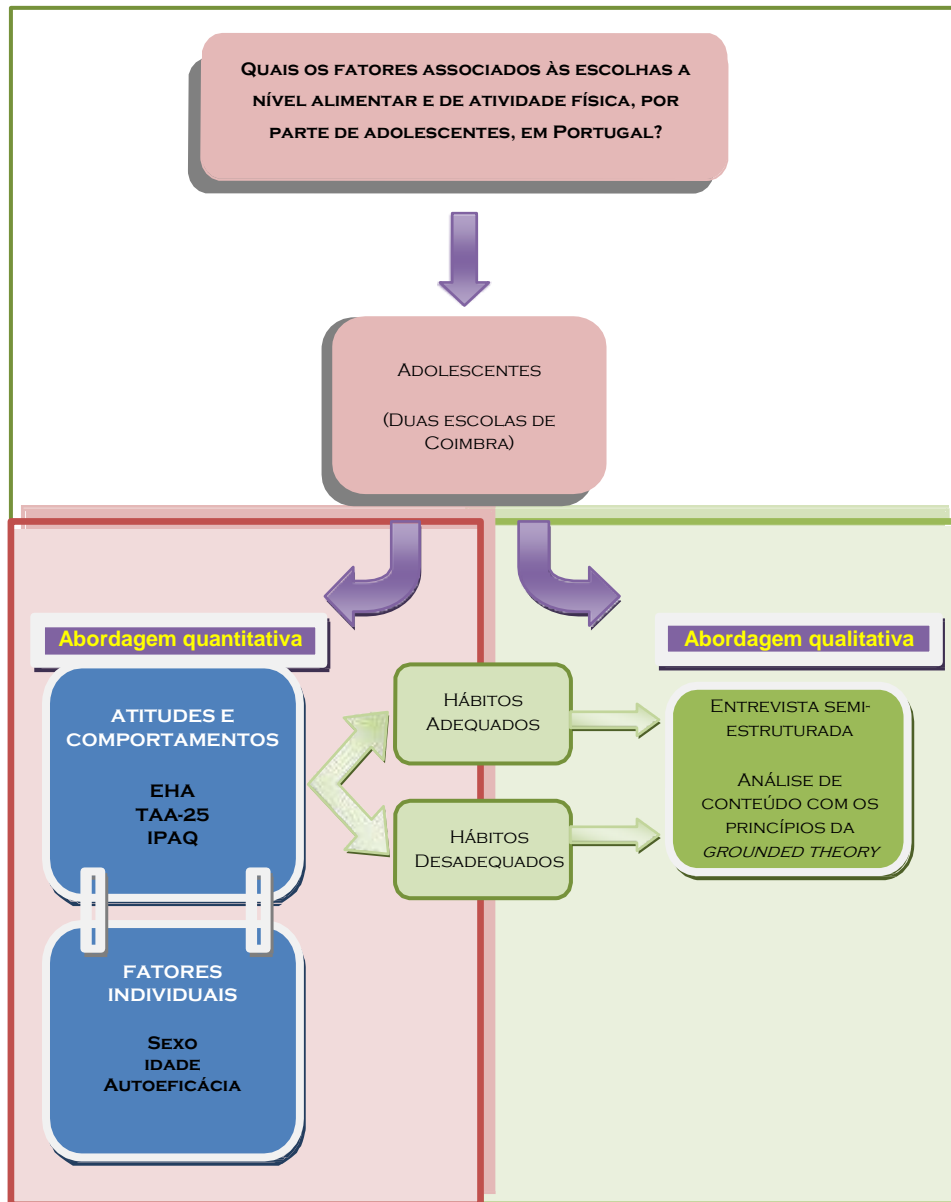


Figura 2. Esquematização das fases do estudo.

1.5. SEGUNDA FASE DO ESTUDO (ABORDAGEM QUALITATIVA)

A recolha de dados qualitativos foi antecedida pela análise quantitativa, tal como desenvolvido no ponto 1.1. e seguidamente, no ponto 1.4.5..

1.5.1. Grounded theory

Um dos métodos qualitativos que podem ser utilizados em ciências sociais, é a *grounded theory*, apresentada pela primeira vez por Glaser e Strauss (1967). Este método assenta no facto de a teoria a criar dever emergir a partir dos dados (teoria fundamentada nos dados). Centra-se na sociedade, nos significados atribuídos pelas pessoas e nos aspetos subjetivos da vida social. Tal preocupação, segundo

Fernandes e Maia (2001), estará mais próxima da compreensão da experiência e construção de significados do que da verificação ou confirmação de teorias.

Esta abordagem metodológica foi alvo de ajustes por Corbin e Strauss, em que o investigador trabalha com a conceptualização dos dados e não com os dados em concreto. Os conceitos integrantes de um mesmo fenómeno podem ser agrupados, formando categorias. De referir que esta nova versão metodológica apresenta como nova característica, a revisão da literatura como estímulo ao espírito crítico. Este novo método passa a contemplar um processo de codificação: aberta, axial e seletiva, descritas mais à frente.

Entretanto, em 2006, Kathy Charmaz sugere um novo modelo, mais numa perspetiva construtivista, com dois novos tipos de codificação:

- Codificação linha-a-linha que permite ao investigador um estudo da informação linha a linha para iniciar a conceptualização.
- Codificação focada que permite selecionar, separar e sintetizar a informação.

Esta abordagem metodológica privilegia o recurso a memorandos e diagramas esquemáticos. Contempla ainda a saturação teórica como limite para a recolha de dados, correspondendo à fase de recolha de dados em que o investigador não encontra mais categorias para além das já encontradas anteriormente.

Utilizando este método de *grounded theory*, o investigador interage com o contexto e com o ambiente social, sendo ele próprio, com a sua subjetividade e características, parte integrante da investigação (Charmaz, 2006).

A recolha de dados passa por uma amostragem de construtos teóricos e a partir de procedimentos sistemáticos, pela identificação de dados relevantes para a questão de investigação. Questionar e comparar são tarefas essenciais. As questões são abertas e genéricas.

Se, com as metodologias quantitativas, se pretende uma representatividade da amostra com o intuito de generalizar os resultados a toda a população, com as técnicas qualitativas procura-se, sobretudo, uma amostra que possibilite riqueza de informação, com relatos pessoais, vivências e sentimentos. Isto é, os investigadores qualitativos pretendem uma amostra constituída por “...pessoas que sejam conhecedoras, articuladas, ponderadas e desejem falar longamente com o pesquisador” (Polit et al, 2004, p. 235).

Fortin (1999) refere que nos estudos de natureza qualitativa é de evitar uma amostra com elevado número de participantes, caso contrário, a quantidade de dados será tão

grande que a sua análise se torna difícil ou mesmo impossível (Polit *et al*, 2004), numa perspectiva de interpretação fenomenológica apontando como adequadas amostras com dez ou menos participantes, sendo que o tamanho da amostra está dependente da necessidade de informação. Deverá procurar-se a saturação dos dados como ponto determinante para cessação da recolha.

Tais pressupostos aplicaram-se na análise qualitativa realizada aos grupos de alunos selecionados para a segunda fase.

1.5.2. Entrevista

Em abordagem qualitativa não é desejável a aplicação de entrevistas excessivamente estruturadas.

Ribeiro (2010) refere-se à entrevista semiestruturada como um método que, colocando questões abertas ao entrevistado, vai permitir que este faculte informações amplas sobre as suas experiências. Simultaneamente, com este tipo de método de recolha de dados “...*procura-se clarificar o que está a ser dito pela clarificação do significado que é atribuído a termos, expressões, ou acontecimentos*” (Idem, p.69).

Quanto às vantagens decorrentes da aplicação de um pré-teste, Fortin (1999, p. 246) refere que este permite detetar “... *os problemas na formulação das questões, na sua sequência e na maneira de registar as respostas*”. Deste modo, para validar a objetividade da linguagem e a sua compreensão e também o tempo de resposta necessário para cada questão, realizaram-se três entrevistas de pré-teste.

A entrevista é frequentemente usada em investigação psicológica, apesar de apresentar múltiplas condicionantes. Tem que ser válida e fiável, flexível e sensível o suficiente para captar informação mais subtil (Parry *et al*, 1996), podendo ser um meio integrante da *grounded theory*, proposta por Glaser e Strauss em 1967.

Nas entrevistas semiestruturadas, para análise qualitativa por análise de conteúdo, os participantes procederam a uma descrição dos hábitos alimentares do agregado familiar, dos seus próprios hábitos alimentares, sendo questionados acerca das diferenças entre a alimentação praticada em casa, na escola e fora de ambas, e razões conducentes a essas escolhas. Foram questionados ainda quanto ao risco de saúde (i.e., percepções de risco) associado aos hábitos alimentares, decisão perante o impulso de comer e situações associadas e, por último, acerca de intenções de mudança de hábitos.

As questões pretenderam avaliar uma ampla variedade de fatores como a motivação, influência dos pares, da publicidade, da família, fatores de controlo e ambiente escolar.

Foram realizadas também questões para avaliar a atividade física, prática de desporto, perceção de benefícios e intenções de mudança de hábitos a este nível. Apesar de o objetivo principal dizer respeito às escolhas alimentares, considerou-se importante não dissociar o estudo da informação sobre atividade física. Aliás, segundo Neumark-Sztainer (2006), o estudo das atitudes e padrão alimentar nos jovens não se pode separar do estudo do padrão de atividade física ou prática desportiva.

Após a realização das entrevistas e gravação áudio, procedeu-se à sua transcrição integral. Os dados foram organizados por tópicos de modo a avançar para a fase de codificação.

De seguida, o conteúdo das entrevistas foi dividido em unidades de significação que representam a estrutura do fenómeno estudado. Procedeu-se assim à codificação para análise dos dados. Posteriormente, através de aprofundamento da compreensão da experiência e da sua explicitação, procurou-se o desenvolvimento das referidas unidades ou categorias. Por último, pela síntese do desenvolvimento das unidades de significação, realizou-se uma descrição geral da estrutura do fenómeno em estudo.

Foi feita uma análise temática do conteúdo, com categorização através do método de codificação aberta linha-a-linha de Charmaz. Após esta codificação aberta, realizou-se a codificação axial para análise da relação entre categorias, com recurso ao *software* MaxQDA, por análise da relação entre categorias e, por último, codificação seletiva procurando identificar uma categoria central da teoria, integrando todos os dados do processo, até atingir a saturação teórica dos dados (Glaser *et al*, 1967).

A organização em categorias foi sujeita a revisão por vários investigadores, tal como sugerido por Ribeiro, 2010. A codificação foi analisada por um psicólogo e por uma bióloga. Assim, pretendeu-se garantir a fiabilidade e possibilidade de comparação.

Pretendia-se obter dois grupos de padrões opostos de hábitos, com enfoque principal nos hábitos alimentares. Estas subamostras proporcionaram uma abordagem qualitativa rica em informação acerca dos determinantes das escolhas alimentares. Selecionaram-se, a partir dos extremos da distribuição amostral, isto é, partindo dos adolescentes com maior *score* de EHA e, no extremo oposto, partindo dos *scores* mais baixos do EHA, duas subamostras. Consideraram-se os adolescentes com *scores* iguais ou superiores a 160 (hábitos mais adequados) e os adolescentes com *scores* iguais ou inferiores a 125 (hábitos mais desadequados).

Os adolescentes escolhidos para entrevistas qualitativas correspondem aos 10% de adolescentes com piores hábitos alimentares e aos 5% de adolescentes com melhores

hábitos alimentares. Porque, iniciando as entrevistas a partir dos extremos, após a análise das entrevistas integrantes dos percentis supracitados, se obteve saturação de dados, com repetição ao nível do *verbatim* e porque existiam algumas condicionantes impostas pelas escolas relativas ao tempo disponível e ao facto de se pretender um pequeno número de entrevistas, optou-se por não alargar mais os grupos selecionados.

1.5.3. Seleção de subgrupos para abordagem qualitativa

Para as entrevistas semiestruturadas, foram selecionados os alunos de modo a formar subgrupos, baseados na adequação/inadequação dos hábitos alimentares.

A abordagem qualitativa, aplicada após a seleção de jovens com padrões opostos de hábitos (muito adequados vs muito inadequados), permitiu o estudo aprofundado, visando a construção de uma teoria, através de *grounded theory*.

1.6. QUESTÕES ÉTICAS

Foram obtidas as autorizações da direção das escolas que participaram no estudo, bem como o consentimento informado assinado pelos pais e pelos adolescentes, com garantia de anonimato.

Respeitaram-se todos os pressupostos da Declaração de Helsínquia aplicáveis ao estudo (Associação Médica Mundial, 1964).

Foram salvaguardados os procedimentos relativos ao consentimento informado. Do documento consta, segundo o artigo 10º da Lei da Proteção de Dados (Lei 67/98), as finalidades da investigação, a identidade do investigador e o destino dos dados recolhidos. Foram fornecidas informações acerca do direito de acesso e de retificação. Aos pais e alunos foram dadas também garantias de confidencialidade.

Capítulo V. RESULTADOS

1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA

As escalas foram administradas a 358 alunos (46,9% rapazes) do ensino secundário (10^o, 11^o e 12^o anos de escolaridade), com idades entre os 14 e os 18 anos (média=15,78±1,05). A distribuição por idades, nível socioeconómico e sexo dos alunos participantes, apresenta-se na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra – Componente quantitativa do estudo

		Rapazes (n=168)	Raparigas (n=190)	Total (n=358)
Idade	14 anos	8,3%	9,5 %	8,9%
	15 anos	33,9%	35,8%	34,9%
	16 anos	33,3%	28,9%	31%
	17 anos	17,9%	20,5%	19,3%
	18 anos	6,6%	5,3%	5,9%
	Média	15,8	15,8	15,8
	Mediana	16	16	16
	Desvio-padrão	1,046	1,055	1,050
Nível socioeconómico dos pais	Sem subsídio	85,7%	87,9%	86,9%
	Escalão C	7,1%	7,9%	7,5%
	Escalão B	5,9%	3,7%	4,7%
	Escalão A	1,2%	0,5%	0,8%

O estrato socioeconómico foi avaliado segundo o escalão de subsídio de ação social escolar. A amostra inclui alunos de escalões socioeconómicos diversificados: 86,9% de adolescentes não abrangidos por subsídio, 7,5% de adolescentes pouco carenciados (escalão C), 4,7% de adolescentes carenciados (escalão B) e 0,8% de adolescentes muito carenciados (escalão A).

Apenas um aluno vivia com uma tia. Os restantes viviam com os pais e irmãos, no caso de estes existirem.

Não foram recolhidos dados antropométricos da amostra total. Apenas se calculou o IMC para os adolescentes integrados na análise qualitativa (ponto 5.1). Nenhum dos adolescentes entrevistados apresentava obesidade.

2. CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES, DE ATIVIDADE FÍSICA, DE ATITUDES ALIMENTARES E DE PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA GERAL

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES

Os resultados obtidos a partir da aplicação da escala EHA (escala de hábitos alimentares) podem ser tratados por *scores* (pontuação), resultante da soma da pontuação dos itens ou, por médias da pontuação dos itens.

As pontuações totais de EHA, resultantes da soma de todos os itens, variaram entre 86 e 172, com uma média de 137,4 (desvio-padrão=13,85). Os valores dos *scores* totais, obtidos também para as subdimensões, são apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Scores obtidos pela aplicação da EHA – Componente quantitativa do estudo.

	Amostra n=358			
	Mínimo	Máximo	Média	D.P.
Global (i.p.40-200)	86	172	137,37	13,85
Quantidade (i.p.7-35)	10	35	21,49	4,11
Qualidade (i.p.14-70)	25	64	46,91	5,78
Variedade (i.p.8-40)	16	40	30,18	4,22
Adequação (i.p.11-55)	23	48	38,80	4,74

i.p.: intervalo possível de score/pontuação da escala

Em termos médios, isto é, considerando a média da pontuação por item, obtida por escala *likert*, obtiveram-se os valores apresentados na tabela 15 (anexo I), quer para o global da escala, quer para cada uma das subdimensões (qualidade, quantidade, variedade e adequação). A análise estatística foi realizada com base nos *scores*, por estes permitirem um estudo mais pertinente decorrente da amplitude de variação e tendo em consideração as amplitudes de variação das restantes escalas. Os valores médios apenas foram considerados para efeitos de comparação com o artigo original de validação.

Por se tratar de uma escala recente e de aplicação ainda diminuta, procedeu-se, como já referido, a uma análise de fiabilidade interna da mesma. Relativamente à escala

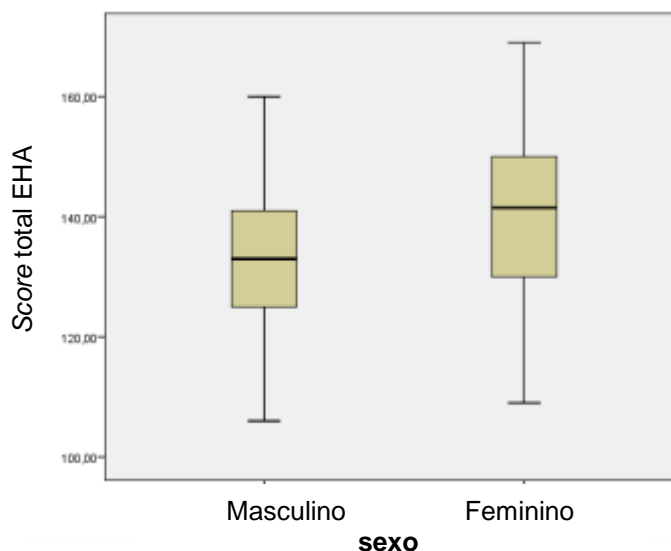
completa obteve-se um $\alpha = ,81$. Para as subdimensões da escala foram encontrados os seguintes alfas: quantidade= $-,52$; qualidade= $-,69$; variedade= $-,69$ e adequação= $-,52$, correspondendo a valores que apontam para uma fraca/razoável consistência para algumas dimensões (com reduzido número de itens), mas uma boa fiabilidade no seu conjunto.

2.1.1. Distribuição dos hábitos alimentares por sexo

Analisaram-se os *scores* obtidos através da escala EHA quer em termos globais, quer por subdimensões, confrontando rapazes e raparigas (tabelas em anexo I).

Recorrendo ao *teste t* para comparação de médias obtidas pelos rapazes e raparigas, existe diferença, significativa estatisticamente, entre as médias do *score* total obtido pelos adolescentes constituintes da amostra ($p < ,0001$). Verificou-se serem as raparigas a assumir escolhas alimentares mais adequadas (pontuações mais elevadas do EHA). Tal verifica-se para qualquer das subdimensões. As raparigas assumem hábitos mais adequados em todas as dimensões, embora nem todas essas diferenças assumam significado estatístico. Ao nível da variedade alimentar (diversificação de alimentos em geral, com consumo variado de legumes, laticínios, cereais...) a diferença não assume significado estatístico ($p = ,083$), o que já acontece com as restantes subdimensões, sobretudo para a qualidade (consumo de alimentos mais saudáveis em detrimento de alimentos pouco saudáveis) ($p = ,001$) e quantidade (tendência para abuso de açúcar, sal, quantidade de alimentos à refeição, ato de petiscar e consumo de água) ($p = ,017$). Para a subdimensão adequação (hábitos saudáveis como número, intervalo de refeições e tipo de confeção), o p situa-se em $,049$.

Gráfico 1. Representação gráfica dos *scores* obtidos na EHA, para ambos os sexos.



Realizando uma regressão linear (EHA-sexo) obtém-se um R^2 ajustado de 0,037. Verifica-se que o sexo influencia os hábitos alimentares, em 3,7%, verificando-se um fraco ajustamento.

Considerando o sexo feminino como classe de referência, obtém-se um $\beta=-5,5$. Logo, os rapazes apresentam menos 5,5 valores em escala relativamente ao sexo feminino ($p=,001$).

Uma vez que os hábitos alimentares constituem o ponto principal de análise, optou-se por comparar as médias obtidas por item da escala EHA. Apresentam-se os resultados na tabela 3, assim como o resultado da aplicação do teste *t*.

Tabela 3. Médias por item da escala EHA e comparação, por sexo

Item da escala EHA (likert 0-5)	Rapazes n=168		Raparigas n=190		Teste t
	Média	DP	Média	DP	P
1. Após acordar, tenho por hábito tomar o pequeno-almoço...	4,10	1,348	3,99	1,325	,43
2. Como devagar e mastigo...	3,59	,993	3,56	1,005	,81
3*. Quando passo muitas horas sem comer, na refeição seguinte como mais do que o habitual.	2,44	1,130	2,81	1,088	,002*
4. Faço 5 ou 6 refeições por dia	3,37	1,092	3,39	1,181	,83
5. Faço refeições com intervalos de 3 a 4 horas.	3,35	1,067	3,45	,962	,34
6. O jejum noturno não ultrapassa 10 horas.	3,24	1,268	3,45	1,279	,12
7. Ingiro leite/iogurte/queijo.	4,22	,885	4,25	1,002	,74
8. Como fruta	3,99	,997	4,18	,988	,06
9. Como legumes e hortaliças	3,64	1,028	3,69	1,036	,67
10. Como sopa	3,68	1,056	3,78	,971	,35
11. Como alimentos integrais ricos em fibra	3,64	1,085	3,42	1,059	,046*
12*. Como carnes gordas	2,21	,783	2,57	,904	,0001*
13. Como carnes magras	3,78	,746	3,83	,746	,55
14*. Adiciono aos alimentos produtos industriais	3,47	,909	3,58	,849	,22
15. O azeite faz parte da minha alimentação	3,27	,894	3,45	,957	,07
16*. Consumo os molhos gordos resultantes...	3,19	,985	3,61	,895	,0001*
17*. Como pizzas, hambúrgueres e cachorros-quentes	3,30	,832	3,54	,760	,005*
18*. Consumo produtos de charcutaria...	2,88	,828	3,09	1,029	,026*
19*. Prefiro comida com um pouco de sal a mais	3,40	1,180	3,78	1,219	,003*

Item da escala EHA (likert 0-5)	Rapazes n=168		Raparigas n=190		Teste t
	Média	DP	Média	DP	P
20*. Ingiro alimentos salgados	3,21	,870	3,53	,801	,0001*
21*. Ingiro alimentos ricos em açúcar...	2,62	,901	2,96	,896	,0001*
22*. Ao lanche, como um bolo ou salgado...	3,63	,946	3,95	,869	,001*
23. Quando como um doce opto por fazê-lo após a refeição.	3,48	1,121	3,41	1,141	,58
24*. Prefiro comer bolos/bolachas a comer pão.	3,10	1,141	3,48	1,012	,001*
25*. Utilizo bastante açúcar para adoçar...	3,28	1,126	3,56	1,282	,03*
26. Adoto uma alimentação variada às refeições.	3,67	,913	3,82	,818	,10
27. Faço uma refeição de peixe e...	3,29	1,056	3,37	1,099	,44
28. Faço uma alimentação à base de cozidos e grelhados.	3,40	,849	3,51	,815	,22
29*. Como as partes queimadas...	3,97	,981	4,14	,999	,113
30*. Como alimentos fritos ou assados no forno.	2,83	,723	2,95	,711	,134
31*. Faço refeições abundantes.	2,86	,882	3,41	,866	,0001*
32*. Petisco entre as refeições.	2,92	1,041	2,80	1,156	,32
33*. Como quase sempre o mesmo tipo de alimentos.	3,30	,839	3,35	,907	,54
34*. Consumo bebidas alcoólicas.	4,22	1,075	4,56	,772	,001*
35*. Só bebo água quando tenho sede.	2,85	1,219	2,79	1,304	,67
36. Bebo pelo menos 1,5l de água por dia.	3,19	1,168	2,83	1,270	,006*
37*. Consumo alimentos pré-cozinhados e enlatados.	3,42	,746	3,62	,779	,015*
38. Como pão de mistura tipo caseiro...	3,10	1,042	3,19	1,103	,41
39. Como arroz/massa/batata	4,16	,745	4,27	,739	,17
40. Como peixes gordos...	3,17	,920	3,04	,890	,19

*significância estatística ($p < ,05$)

Analisando de uma forma mais pormenorizada os itens da escala, verifica-se que os únicos itens em que as raparigas obtêm menor média relativamente aos rapazes são os itens 1, 11, 23, 32, 35, 36 e 40. “Após acordar tenho por hábito tomar o pequeno-almoço”; “como alimentos integrais ricos em fibra”; “quando como um doce opto por fazê-lo após a refeição”; “petisco entre as refeições”; “só bebo água quando tenho sede”; “bebo pelo menos 1,5l de água por dia”; “como peixes gordos”, respetivamente. No entanto, apenas se revestem de significado estatístico as diferenças relativas aos itens 11 e 36 (“como alimentos integrais ricos em fibra” e “bebo pelo menos 1,5l de

água por dia”). Obtêm média mais elevada nos restantes, com significado estatístico ao nível dos itens 3, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 31, 34, 37, correspondentes a: “quando passo muitas horas sem comer, na refeição seguinte como mais do que o habitual”, “como carnes gordas”, “consumo os molhos gordos resultantes da confeção dos alimentos”, “como pizzas, hambúrgueres e cachorros”, “consumo produtos de charcutaria”, “prefiro a comida com um pouco de sal a mais”, “ingiro alimentos salgados”, “ingiro alimentos ricos em açúcar”, “á merenda, como um bolo ou um salgado”, “prefiro comer bolos/bolachas a comer pão”, “utilizo bastante açúcar para adoçar”, “faço refeições abundantes”, “consumo bebidas alcoólicas” e “consumo alimentos pré-cozinhados e enlatados”.

Assim, as raparigas apresentam maior frequência de omissão do pequeno-almoço, comem menos produtos integrais ricos em fibra (e.g. feijão, grão), comem mais doces entre refeições, petiscam mais, bebem menos água e comem menos quantidade de peixes gordos. No entanto, apesar de uma pontuação pior nos itens supracitados, são as raparigas que apresentam melhores hábitos alimentares no geral.

Ambos os sexos apresentaram médias elevadas e, por isso, resultados que reportam a hábitos saudáveis para a maioria dos itens. Os itens com melhores resultados foram “ingiro leite/iogurte e queijo” e “como arroz/massa e batata”.

2.1.2. Caracterização dos hábitos alimentares por idade e escalão socioeconómico

A distribuição da média de scores obtidos por aplicação da escala de hábitos alimentares, EHA, por idade e escalão socioeconómico, encontram-se no anexo I.

Recorrendo à correlação de Spearman, não se encontra qualquer associação do padrão de hábitos alimentares, com o fator idade ($r_{SP=}$,005 $p=$,92), mesmo quando ponderadas as subdimensões quantidade, qualidade, variedade e adequação.

Comparando os hábitos alimentares segundo o escalão socioeconómico, recorrendo à correlação de Spearman, obtém-se um $r_{SP=}$ -,150, $p<$,005. De salientar que o número de adolescentes que integra cada um dos grupos é muito diferente e, por isso, qualquer resultado a este nível apresenta sérias limitações. No entanto, segundo os resultados obtidos, verifica-se que quanto mais carenciado o escalão socioeconómico, menor o score obtido na escala de hábitos alimentares EHA, apesar de sem significado estatístico.

2.2. CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE ATIVIDADE FÍSICA

Os dados relativos às médias de *scores* totais, apesar de resultarem da aplicação da escala IPAQ, apresentam uma amplitude de variação demasiado ampla. O *score* total obtido pela aplicação da escala IPAQ, oscilou entre 120 e 18171 MET min/semana (média 4626,18 e desvio padrão 2922,925). Assim, apresentam algumas limitações e não serão utilizados para testes estatísticos. Serão testadas as categorias e não os *scores*.

A categorização foi realizada segundo os critérios descritos no capítulo anterior (metodologia), e os adolescentes subdivididos pelas categorias: sedentários (<3 MET), com atividade moderada (3-6 MET) e com atividade elevada (>6 MET).

Quatro adolescentes não completaram o questionário de forma a permitir a categorização em sedentário/atividade moderada e atividade intensa/elevada (4 *missings*). Será segundo estas categorias que a análise estatística se realizará.

Seguidamente apresentam-se os dados relativamente à distribuição de alunos pelas categorias referidas.

Tabela 4. *Distribuição dos adolescentes por categoria de atividade física.*

	n	%
Sedentários	36	10,1
Ativ.moderada	79	22,3
Ativ.elevada	239	67,5
Total	354	100

Verifica-se que a maioria dos adolescentes pratica atividade/exercício físico e apenas 10% são sedentários.

2.2.1. Distribuição do padrão de atividade física, aferido pelo IPAQ, por sexo

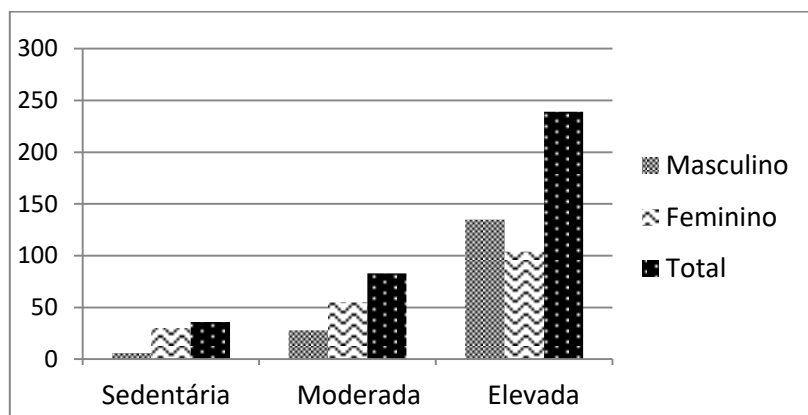
Estudou-se a distribuição dos adolescentes pelas categorias de atividade física, consoante o sexo. Esta pode observar-se no gráfico 2.

Os rapazes apresentam uma atividade física mais elevada (anexo I). Foi possível observar que 81% dos rapazes, contra 56% das raparigas apresentam atividade física elevada.

O teste de independência do Qui-quadrado, revela um $\chi_{(2)}^2(28,209)$, correspondendo a um valor $p<,001$. A distribuição é diferente nos rapazes e raparigas ($p<,001$).

Confrontando com os dados da estatística descritiva, verifica-se que são os rapazes que apresentam uma atividade física mais elevada.

Gráfico 2. Representação gráfica relativa à distribuição dos adolescentes constituintes da amostra, por categoria de atividade física



2.2.2. Caracterização do padrão de atividade física, aferido pelo IPAQ, por idade e escalão socioeconómico

Analisou-se o padrão de atividade física por idade. Não se verifica, aplicando o coeficiente de correlação de Spearman ($r_{SP}=,003$, $p=,96$), qualquer associação entre idade e atividade física.

Foi pesquisada ainda a correlação entre o padrão de atividade física e escalão socioeconómico. Recorrendo ao coeficiente de Spearman ($r_{SP}=,066$, $p=,213$), também não foi encontrada correlação.

2.3. CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE ATITUDES ALIMENTARES (RISCO DE DESENVOLVER PATOLOGIA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR)

O score obtido na escala TAA (possibilidade de variação 0-75), variou entre 0 e 35, com uma média de 5,98 (desvio padrão de 6,14). Foi considerado o ponto de corte de 19, acima do qual se considera o risco de desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar. Analisaram-se também as subdimensões (motivação para a magreza, comportamentos bulímicos e pressão social para comer).

2.3.1. Caracterização do padrão de atitudes alimentares (risco de desenvolver patologia do comportamento alimentar) por sexo

Verificam-se diferenças evidentes entre rapazes e raparigas, ao nível dos scores obtidos na TAA-25 global e por cada subdimensão.

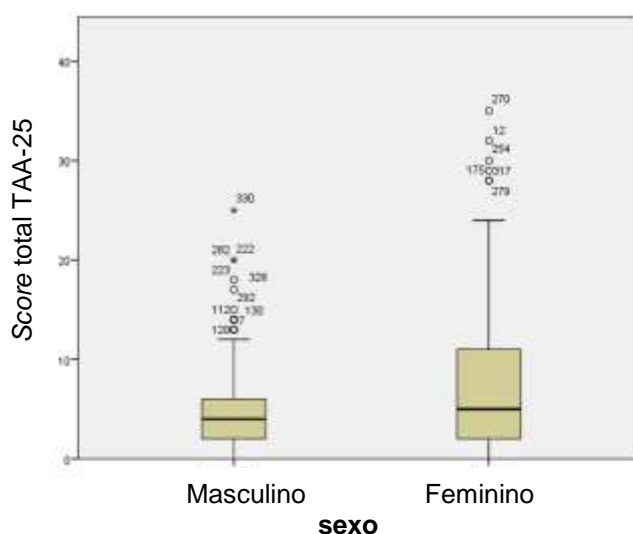
Tabela 5. Médias do score, obtidas por aplicação da TAA-25, por sexo.

	Rapazes		Raparigas	
	n=168		n=190	
	Média	D.P.	Média	D.P.
Global (i.p.0-75)	4,78	4,47	7,04	7,15
Motiv. para magreza (i.p.0-42)	1,16	1,89	3,47*	4,67
Comp. Bulímicos (i.p.0-24)	0,86	1,65	1,02	1,79
Pressão social (i.p.0-9)	0,48	1,14	0,73	1,69

*p<,001

i.p.: intervalo possível de score/pontuação da escala

Gráfico 3. Representação gráfica da média dos scores obtidos pelo preenchimento da TAA-25, para ambos os sexos.



Uma vez que a aplicação da escala TAA-25 permite a identificação dos adolescentes em risco de desenvolver patologia do comportamento alimentar, procedeu-se à análise segundo esta classificação. Assim, verifica-se serem as raparigas a apresentar maior número de casos de risco, tal como apresentado na tabela 5 e pode ser verificado pela análise do gráfico 3.

As raparigas apresentam 6,8% de casos de potencial risco de desenvolvimento de distúrbio do comportamento alimentar e, os rapazes, 1,78% de risco de desenvolvimento do mesmo tipo de distúrbio.

Tabela 6. Distribuição dos casos de risco / sem risco, por sexo.

	Rapazes n=168	Raparigas n=190	Total
Risco	3	13	16
Sem risco	165	177	342

As médias obtidas pelas raparigas na escala de atitudes alimentares são diferentes das obtidas pelos rapazes, apresentando risco de desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar diferentes (*teste t* = 3,54, *p* < ,001).

A diferença na pontuação da escala observada entre os sexos está correlacionada, especialmente, com o fator motivação para a magreza. É o resultado ao nível desta subdimensão, o responsável pelas diferenças significativas entre os sexos. As raparigas apresentam uma motivação para a magreza significativamente mais elevada (*teste t* = 5,98, *p* < ,0019). Relativamente às subdimensões “comportamentos bulímicos” e “pressão social para comer”, obtém-se *p* = ,357 e *p* = ,116 respetivamente.

Considerando apenas os casos de risco (n= 16), verifica-se que a média obtida pelos rapazes, na escala TAA-25 é de 21,67 e desvio padrão de 2,88, enquanto as raparigas obtiveram uma média de 25,38 e desvio padrão de 5,25. Logo, confirma-se o risco superior apresentado pelas raparigas.

Com base num modelo de regressão logística binária, tomando os adolescentes sem risco de desenvolver patologia do comportamento alimentar como classe de referência, obtém-se um *R quadrado de Nagelkerke* de ,053 (*p* = ,032), *odds ratio* de 4,04 e intervalo de confiança (95%) de 1,131 e 14,43. As raparigas apresentam 4 vezes mais probabilidade de desenvolver patologia do comportamento alimentar.

De entre os dezasseis adolescentes em risco de desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar (3 rapazes e 13 raparigas), não se registam diferenças significativas ao nível dos *scores* obtidos para cada dimensão da escala. De notar que as raparigas em risco são em maior proporção do que os rapazes (13 raparigas em 190 e 3 rapazes em 168), dado com significado estatístico (*p* < ,02).

2.3.2. Caracterização do padrão de atitudes alimentares (risco de desenvolver patologia do comportamento alimentar) por idade e escalão socioeconómico

Não se encontra associação entre risco de desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar, baseado no score total obtido na escala TAA-25 e idade. Obtém-se, baseado no score total um $\chi_{(4)}^2 (1,67)$ (*p* = ,795).

Pelos estudos de correlação ($r_{SP} = ,018$ e $p = ,73$), não se verificam diferenças estatisticamente significativas ao nível do score do TAA, entre os adolescentes de diferentes escalões socioeconómicos. O score total obtido pela aplicação da escala IPAQ, oscilou entre 120 e 18171 MET min/semana (média 4626,18 e desvio padrão 2922,925).

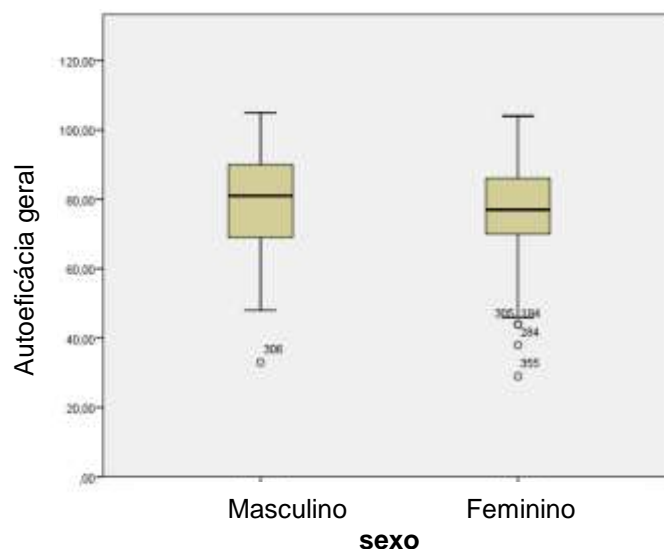
2.4. CARACTERIZAÇÃO DO GRAU DE AUTOEFICÁCIA GERAL

Os scores obtidos por preenchimento da escala de autoeficácia geral por parte dos adolescentes da amostra, situaram-se entre 29 e 105 sendo a amplitude de variação possível, segundo esta escala, de 15 a 105.

2.4.1. Caracterização do grau de Autoeficácia geral por sexo.

Comparando a autoeficácia geral entre os adolescentes de ambos os sexos, aplicando o teste t, verifica-se uma associação estatisticamente significativa ($t = 2,45$, $p < ,015$), sendo os rapazes a apresentar uma autoeficácia superior. Esta associação deve-se aos fatores iniciativa e persistência ($t = 3,4$, $p = ,001$) e eficácia social ($t = 2,23$, $p = ,026$) que são mais elevados para o sexo masculino. Para a subdimensão “resistência à adversidade” o valor p é de ,588.

Gráfico 4. Representação gráfica dos scores obtidos por preenchimento da escala de autoeficácia geral, para ambos os sexos



2.4.2. Caracterização do grau de Autoeficácia geral por idade e escalão socioeconómico.

Não se verifica qualquer associação entre autoeficácia geral e a idade. O $r_{SP} = -,079$ ($p = ,137$).

Através do coeficiente de correlação de Spearman, testando a associação entre autoeficácia geral e escalão socioeconómico, verifica-se um coeficiente de $-,136$ a que corresponde um $p=,01$. Assim, aos escalões socioeconómicos menos carenciados, isto é, sem subsídio, corresponde habitualmente uma autoeficácia superior. Esta correlação é especialmente significativa para as subdimensões eficácia social quando testado o escalão socioeconómico ($r_{SP} = -,188$; $p=,001$) e resistência à adversidade ($r_{SP} = -,119$; $p=,025$). Para a dimensão iniciativa e persistência, entre os vários escalões socioeconómicos, o p assume o valor $,107$ ($r_{SP} = -,086$). Assim, não é estatisticamente significativa a relação entre a iniciativa e persistência e os escalões socioeconómicos. Já a eficácia social e a resistência à adversidade apresentam correlação positiva com o escalão socioeconómico.

Quadro Síntese 1 – Resultados obtidos pela aplicação das escalas, por sexo, idade e escalão socioeconómico.

	Sexo	Idade	Escalão socioeconómico
Hábitos Alimentares (EHA)	<p>*</p> <p>Teste t $t = 3,84$, $p < ,0001$ (Rapazes: média= 3,36; score média 134,4; raparigas: média=3,49, score média 139,9)</p> <p><u>Subdimensões:</u> Qualidade $t = 4,63$, $p < ,001$ Quantidade $t = 2,38$, $p = ,017$ Variedade $t = 1,7$, $p = ,083$ Adequação $t = 1,98$, $p = ,049$</p> <p>Regressão Linear: R^2 ajustado 0,037 $p < ,0001$</p>	<p>$r_{SP} = ,005$, $p = ,92$</p>	<p>$r_{SP} = -,150$ $p = ,005$</p> <p><u>Subdimensões:</u> Qualidade $r_{SP} = -,129$, $p = ,014$ Quantidade $r_{SP} = -,120$, $p = ,023$ Variedade $r_{SP} = -,062$, $p = ,245$ Adequação $r_{SP} = -,135$, $p = ,01$</p>
Atividade Física (IPAQ)	<p>*</p> <p>$\chi^2_{(2)} = 28,2$ $p < ,001$</p>	<p>$r_{SP} = ,003$, $p = ,96$</p>	<p>$r_{SP} = ,066$; $p = ,213$</p>
Atitudes Alimentares (TAA-25)	<p>*</p> <p>Para a forma contínua (score): Teste $t = 3,54$, $p < ,0001$</p> <p><u>Subdimensões:</u> Motiv. para a magreza $t = 5,98$, $p < ,001$</p> <p>Comp. Bulímicos $t = 0,92$, $p = ,357$ Pressão social $t = 1,57$, $p = ,116$</p>	<p>$r_{SP} = ,029$; $p = ,8$</p>	<p>$r_{SP} = ,066$; $p = ,213$</p>

	Sexo	Idade	Escalão socioeconómico
Atitudes Alimentares (TAA-25)	Adolescentes em risco/sem risco – regressão: R ² _{NK} = ,053 p < ,032 OR = 4,04 Maior risco nas raparigas		
Autoeficácia Geral	* Teste t = 2,45, p = ,015 <u>Subdimensões:</u> Iniciação e persistência t = 3,4, p < ,001 (superior nos rapazes) Eficácia social t = 2,23, p = ,026 (superior nos rapazes) Resistência à adversidade t = 0,54, p = ,588	r _{SP} = -.079; p = ,137	* r _{SP} = -,136; p = ,01 <u>Subdimensões:</u> Iniciação e persistência r _{SP} = ,086, p = ,107 Eficácia social r _{SP} = ,119, p = ,001 Resistência à adversidade r _{SP} = ,086, p = ,025

r_{SP} – coeficiente de correlação de Spearman

r – coeficiente de correlação de Pearson

* Diferenças com significância estatística

3. DETERMINANTES DOS HÁBITOS ALIMENTARES PIORES/MÉDIOS/MELHORES

Efetuiu-se uma classificação da variável hábitos alimentares, recorrendo a tercis. Existem, com base nesta divisão, 127 adolescentes com piores hábitos, correspondendo aos *scores* mais baixos da EHA, 121 adolescentes com *score* médio e 110 adolescentes com melhor *score*. Relativamente ao escalão socioeconómico, procedeu-se à junção entre os pouco carenciados, carenciados e muito carenciados, formando apenas dois grupos: “não carenciados” (sem subsídio, n=311) e “carenciados” (n= 47), uma vez que o número de adolescentes integrante de cada categoria era bastante díspar.

Utilizou-se a regressão multinomial para estudar a associação das variáveis, isoladamente e em conjunto, relativamente aos tercis obtidos dos *scores* da escala de hábitos alimentares. Foram analisadas as classes “pior” e “médio”, assumindo como classe de referência a classe “melhor”. A probabilidade de apresentar cada uma das classes de hábitos alimentares (tercis) foi estimada considerando na análise as variáveis sexo, idade, escalão socioeconómico, categorias de atividade física, risco de desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar e autoeficácia geral. Realizou-se inicialmente uma análise com base no modelo bivariado (tabela 7).

Tabela 7: Regressão nominal binária, para estudo da influência de variáveis sobre os hábitos alimentares

Variáveis integradas no modelo de regressão nominal binária em função dos hábitos alimentares (EHA)					
✓ Sexo	✓ Idade	✓ Escalão socioeconómico (dois grupos)	✓ Atividade física	✓ Atitudes alimentares (risco)	✓ Autoeficácia geral*
Classe referência=melhores hábitos					
$G^2_{(2)}=5,52; p=,063$	$G^2_{(2)}=1,04; p=,593$	$G^2_{(2)}=3,28; p=,194$	$G^2_{(4)}=3,36; p=,499$	$G^2_{(2)}=5,045; p=,08$	$G^2_{(2)}=11,49; p=,003$
Piores: $b_{\text{sexo}}=1,558,$ $p=,033$	Modelo não significativo estatisticamente	Modelo não significativo estatisticamente	Modelo não significativo estatisticamente	Modelo não significativo estatisticamente	Piores: $b_{\text{autoeficácia}}=-,079;$ $p=,002$
Médios: $b_{\text{sexo}}=1,282,$ $p=,05$					Médios: $b_{\text{autoeficácia}}=-,049;$ $p=,034$
* Significado estatístico					

Posteriormente, a partir do modelo multinomial inicial, com todas as variáveis, realizaram-se outros modelos, eliminando progressivamente as variáveis menos relevantes isto é, as não estatisticamente significativas (tabela 8).

Tabela 8: Regressão multinomial múltipla, para estudo da influência de variáveis sobre os hábitos alimentares

Variáveis integradas nos modelos de regressão nominal em função dos hábitos alimentares (EHA)				
✓ Sexo*	✓ Sexo*	✓ Sexo*	✓ Sexo*	✓ Sexo*
✓ Idade	✓ Idade	✓ Idade	✓ Atividade física	✓ Autoeficácia geral*
✓ Escalão socioeconómico	✓ Escalão socioeconómico	✓ Atividade física	✓ Autoeficácia geral*	
✓ Risco de desenvolver patologia do comportamento alimentar	✓ Atividade física	✓ Autoeficácia geral		
✓ Atividade física	✓ Autoeficácia geral			
✓ Autoeficácia geral*				
$G_{(14)}^2=28,37; p=,013$	$G_{(12)}^2=23,94; p=,021$	$G_{(10)}^2=22,2; p=,014$	$G_{(8)}^2=21,88; p=,005$	$G_{(4)}^2=19,68; p<,001$
* Significado estatístico				

No modelo multinomial conjunto, de análise das variáveis autoeficácia geral, sexo, idade, escalão socioeconómico, risco de desenvolver patologia do comportamento alimentar e categorias de atividade física, apenas o sexo e a autoeficácia geral assumem relevância estatística. O modelo é significativo ($G_{(14)}^2 = 28,37; p=,013$). A passagem da classe de piores hábitos alimentares para melhores hábitos é afetada significativamente pela autoeficácia geral ($b_{\text{autoeficácia}} = -,085; p=,002$). A autoeficácia geral decresce cerca de 9,8 % para os piores hábitos alimentares relativamente aos melhores hábitos alimentares e, decresce 0,95 vezes para os hábitos alimentares considerados como médios, relativamente aos melhores hábitos alimentares ($b_{\text{autoeficácia}} = -,057; p=,022$). Os rapazes ($b_{\text{sexo}} = 1,679; p=,037$) têm 5,36 vezes mais probabilidade de apresentar piores hábitos alimentares comparativamente com os melhores hábitos alimentares.

Retirando do modelo multinomial a variável risco de patologia do comportamento alimentar, estudando então a probabilidade de apresentar melhores hábitos alimentares em função do sexo, categoria de atividade física, autoeficácia geral, escalão socioeconómico e idade, verifica-se um $G_{(12)}^2 = 23,942, p=,021$. Uma autoeficácia mais baixa está associada a hábitos alimentares menos adequados (piores) relativamente aos melhores hábitos alimentares ($b_{\text{autoeficácia}} = -,084; p=,003, OR = ,920$) e também se apresenta mais reduzida nos adolescentes com hábitos alimentares médios, relativamente aos melhores hábitos alimentares ($b_{\text{autoeficácia}} = -,057; p=,024, OR = ,945$). Os rapazes apresentam maior probabilidade de apresentarem piores hábitos alimentares relativamente aos melhores hábitos alimentares ($b_{\text{sexo}} = 1,881; p=,017, OR = 6,56$) e também maior probabilidade de apresentar hábitos alimentares considerados como médios, relativamente aos melhores ($b_{\text{sexo}} = 1,398; p=,046, OR = 4,05$).

Retirando do modelo o escalão socioeconómico, obtemos um modelo significativo ($G_{(10)}^2 = 22,2; p=,014$). Mais uma vez, uma autoeficácia mais reduzida se observa ao nível dos adolescentes com piores hábitos alimentares, relativamente aos que têm melhores hábitos alimentares ($b_{\text{autoeficácia}} = -,089; p=,001, OR = ,915$) assim como ao nível dos médios comparativamente com os melhores hábitos alimentares ($b_{\text{autoeficácia}} = -,057; p=,021, OR = ,944$). Relativamente ao sexo, os rapazes apresentam 6,68 vezes maior probabilidade de apresentar piores hábitos alimentares relativamente a melhores hábitos alimentares ($b_{\text{sexo}} = 1,899; p=,016$) e 4 vezes mais probabilidade de apresentarem hábitos alimentares considerados médios, relativamente aos melhores hábitos alimentares ($b_{\text{sexo}} = 1,4; p=,045$).

Retirando do modelo o fator idade, obtém-se um modelo significativo $G_{(8)}^2=21,88$; $p=,005$). Mais uma vez, a autoeficácia é mais baixa 6,87 vezes ao nível dos piores hábitos alimentares relativamente aos melhores hábitos alimentares ($b_{\text{autoeficácia}}=-,091$; $p=,001$) e 0,94 vezes mais baixa nos médios relativamente aos melhores hábitos alimentares ($b_{\text{autoeficácia}}=-,06$; $p=,016$). O sexo afeta a passagem dos piores hábitos para os melhores hábitos alimentares. Os rapazes apresentam 4,2 vezes maior probabilidade de apresentar piores hábitos alimentares, comparativamente com melhores hábitos alimentares ($b_{\text{sexo}}= 1,438$; $p=,04$).

A autoeficácia geral tem um efeito estatisticamente significativo sobre o *logit* da probabilidade de ter melhores hábitos alimentares. O modelo ajustado é significativo estatisticamente: $G_{(2)}^2= 14,215$; $p<,001$. O mesmo se passa com o sexo: $G_{(2)}^2=8,180$; $p=,017$. A autoeficácia geral mais elevada e o sexo feminino aumentam a probabilidade de apresentar melhores hábitos alimentares.

Analisando a probabilidade de apresentar hábitos alimentares segundo cada tercil, em função da autoeficácia e sexo, obtém-se um modelo estatisticamente significativo ($G_{(4)}^2=19,68$; $p=,0001$). Este é o modelo final que melhor se ajusta e em que as variáveis são estatisticamente significativas. Ajustando o efeito da autoeficácia geral, os rapazes apresentam 7 vezes mais probabilidade de ter pior *score* de EHA (hábitos alimentares) relativamente aos *scores* relativos a melhores hábitos alimentares ($b_{\text{sexo}}= 1,964$; $p=,009$) e 4,6 vezes maior probabilidade de apresentar hábitos medianamente adequados relativamente aos melhores hábitos alimentares ($b_{\text{sexo}}= 1,54$; $p=,022$). A autoeficácia geral é menor para os adolescentes com piores hábitos alimentares relativamente aos melhores ($b_{\text{autoeficácia}}=-,093$; $p<,001$, $OR=0,911$) assim como para os hábitos alimentares médios, relativamente aos melhores ($b_{\text{autoeficácia geral}}=-,061$; $p=,014$, $OR=0,941$).

Concluindo, o modelo final que melhor se ajusta, por assumir maior significado estatístico e em que as variáveis consideradas são ambas estatisticamente relevantes, é o que integra o sexo e a autoeficácia geral. Os adolescentes com piores hábitos alimentares possuem menor autoeficácia e comportam maior proporção de adolescentes do sexo masculino.

4. PESQUISA DE ASSOCIAÇÃO ENTRE HÁBITOS ALIMENTARES, ATIVIDADE FÍSICA, RISCO DE DESENVOLVER PATOLOGIA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR E AUTOEFICÁCIA GERAL.

4.1. RELAÇÃO ENTRE HÁBITOS ALIMENTARES E ATIVIDADE FÍSICA

Não se encontrou correlação com significado estatístico ($p > ,05$) testando as categorias do IPAQ, quanto aos hábitos alimentares (EHA). Foi encontrado um coeficiente de Spearman $r_{SP} = ,084$, correspondendo a um $p = ,116$.

Testando os vários itens da escala EHA, verificou-se correlação significativa estatisticamente entre categoria de atividade física e os itens: 8 - como fruta ($r_{SP} = ,122$, $p = ,021$), 12 - como carnes gordas ($r_{SP} = -,139$, $p = ,009$) e 36 - bebo pelo menos 1,5l de água por dia ($r_{SP} = ,234$, $p = ,0001$). Os adolescentes com atividade física mais intensa, tendem a comer mais fruta, a beber mais frequentemente 1,5l de água por dia e a comer mais carnes gordas.

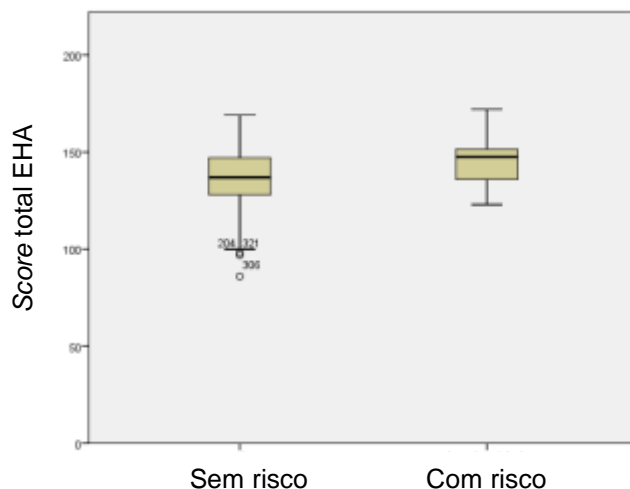
4.2. RELAÇÃO ENTRE HÁBITOS ALIMENTARES E ATITUDES ALIMENTARES/RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE PATOLOGIA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

O score total obtido na escala de hábitos alimentares, apresenta correlação positiva com os resultados obtidos por preenchimento das escalas de atitudes alimentares ($r_{SP} = ,203$, $p < ,001$).

As correlações entre EHA e atitudes alimentares verificam-se para todas as dimensões (motivação para a magreza: $r_{SP} = ,145$, $p = ,006$; comportamentos bulímicos $r_{SP} = ,316$, $p < ,0001$; pressão social para comer $r_{SP} = -,120$, $p = ,023$). O maior risco associado a comportamentos bulímicos e a maior motivação para a magreza, surgem mais frequentemente nos adolescentes com elevado score da EHA que, no entanto, correspondem a casos sob menor pressão social para comer.

Os adolescentes com melhores hábitos alimentares apresentam um score mais elevado da escala de atitudes alimentares. De referir que o maior score obtido na TAA não revela melhores atitudes alimentares mas sim piores atitudes, pelo que os adolescentes com hábitos alimentares mais saudáveis estão mais próximos do risco de desenvolver patologia do comportamento alimentar, relativamente aos que apresentam hábitos alimentares menos adequados.

Gráfico 5. Representação dos scores obtidos na EHA pelos adolescentes com e sem risco de desenvolver patologia do comportamento alimentar



Comparando as médias dos *scores* totais obtidos pela aplicação da escala de hábitos alimentares, EHA, entre adolescentes em risco de desenvolver patologia do comportamento alimentar ($145 \pm 14,12$) e adolescentes sem risco de desenvolver patologia do comportamento alimentar ($137 \pm 13,75$) (gráfico 5), obtém-se um valor de $t=,879$, com $p < ,02$.

4.3. RELAÇÃO ENTRE HÁBITOS ALIMENTARES E AUTOEFICÁCIA GERAL

O *score* total obtido na escala de hábitos alimentares, apresenta correlação positiva com os resultados obtidos por preenchimento das escalas de autoeficácia (*correlação de Pearson* $r=,26$ e $p < ,0001$).

As correlações referidas entre EHA e autoeficácia verificam-se para todas as dimensões, $p < ,001$), verificando-se que os adolescentes com melhores hábitos alimentares, apresentaram uma autoeficácia geral mais elevada.

A correlação é mais forte entre os rapazes ($r=,34$ e $p < ,0001$) comparativamente à correlação registada nas raparigas ($r=,25$ e $p < ,001$). Os rapazes estão mais condicionados pela autoeficácia, na adoção de determinados hábitos alimentares.

Efetuaram-se testes de correlação também para as subdimensões da autoeficácia geral iniciação e persistência, resistência à adversidade e eficácia social. Independentemente do sexo, a correlação é mais forte para a componente de resistência à adversidade ($r=,32$ e $p < ,0001$), seguida da iniciação e persistência ($r=,18$ e $p < ,001$) e pela eficácia social ($r=,16$ e $p < ,0001$). Considerando a diferença rapazes/raparigas, a correlação é de $r=,35$, $p < ,001$ para os rapazes (iniciação e persistência: $r=,27$; $p < ,0001$; resistência à adversidade: $r=,35$; $p < ,0001$; eficácia social:

$r=,26$; $p<,001$) e $r=,25$, $p<,0001$ para as raparigas (iniciação e persistência: $r=,17$; $p=,021$; resistência à adversidade: $r=,30$; $p<,0001$; eficácia social: $r=,116$; $p=,112$). O fator resistência à adversidade é o mais relevante em termos de hábitos alimentares e também o que menos disparidade apresenta entre os rapazes e raparigas.

4.4. RELAÇÃO ENTRE PADRÃO DE ATIVIDADE FÍSICA E ATITUDES ALIMENTARES (RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE PATOLOGIA DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR)

Os casos de risco de desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar, distribuem-se de acordo com o apresentado na tabela 9.

Tabela 9. *Distribuição dos casos de risco / sem risco de desenvolver patologia do comportamento alimentar (TAA-25) por categoria de atividade física.*

	Sem risco	Com risco
Sedentários	36	0
Atividade moderada	77	2
Atividade elevada	225	14

Subdividindo os adolescentes em “em risco” e “sem risco” e analisando conforme as categorias de atividade física, verifica-se um $\chi_{(2)}^2=3,42$ e $p=,181$. Analisando agora os scores por subdimensões, aplicando o teste t, verifica-se que os casos de risco de desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar, situam-se sobretudo entre adolescentes com bom padrão de atividade física. Analisando as subdimensões da escala de atitudes alimentares verifica-se que a associação se estabelece ao nível dos comportamentos bulímicos ($p<,001$) e não ao nível das restantes dimensões (motivação para a magreza, $p=,067$; pressão social para comer, $p=,294$).

Os adolescentes com atividade física elevada ($n=239$), apresentam maior frequência de casos de risco (5,85%) relativamente aos adolescentes com atividade moderada (2,5%) e sedentários (0%). A maioria dos adolescentes da amostra corresponde também a adolescentes com atividade física elevada (tabela 22 - Anexo I).

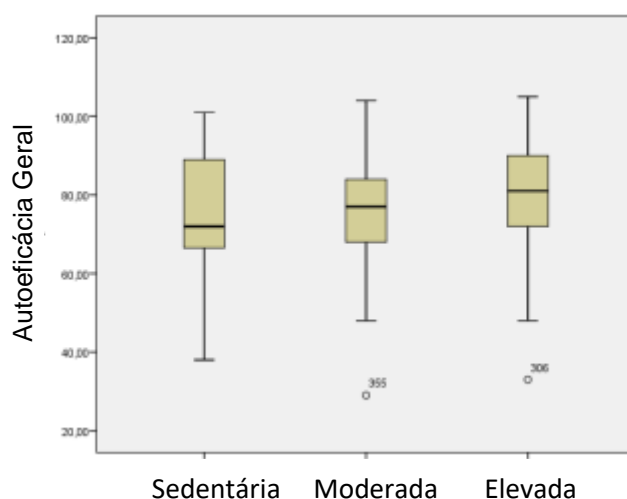
4.5. RELAÇÃO ENTRE PADRÃO DE ATIVIDADE FÍSICA E AUTOEFICÁCIA GERAL

Registou-se ainda uma associação entre os valores obtidos pelo preenchimento do IPAQ, mostrando associação significativa entre o padrão de atividade física e a autoeficácia geral ($r_{SP}=,179$, $p<,001$). Os adolescentes que mais praticam atividade

física apresentam uma autoeficácia geral mais elevada. A associação verifica-se para todas as subdimensões.

No geral, nos rapazes encontra-se uma correlação entre autoeficácia geral e atividade física ($r_{SP}=.25$, $p<.001$) e nas raparigas uma correlação $r_{SP}=.087$ com $p=.24$. Mais uma vez, é a subdimensão resistência à adversidade que mais se associa ao padrão de atividade física quer para os rapazes (iniciação e persistência $r_{SP}=.21$; $p=.007$; resistência à adversidade $r_{SP}=.27$; $p<.0001$; eficácia social $r_{SP}=.138$; $p=.078$), quer para as raparigas (iniciação e persistência $r_{SP}=-.009$; $p=.9$; resistência à adversidade $r_{SP}=.227$; $p=.002$; eficácia social $r_{SP}=.049$; $p=.5$). Para os rapazes, a subdimensão iniciação e persistência é também relevante.

Gráfico 6. Autoeficácia geral (score) por categoria de atividade física.



Quadro síntese 2 – Análise inferencial de relação/associação entre variáveis decorrentes da aplicação das escalas.

	Hábitos Alimentares (EHA)	Atividade Física (IPAQ)
Atividade Física (IPAQ)	$r_{SP}=.084$ $p=.116$	
Atitudes Alimentares (TAA-25)	Variável contínua * $r_{SP}=.203$; $p<.001$	Variável contínua * $r_{SP}=.181$, $p=.001$
	<u>Subdimensões</u> Motiv. Magreza $r_{SP}=.145$, $p=.006$ Comp.bulimicos $r_{SP}=.316$, $p<.001$ Pressão social $r_{SP}=-.120$, $p=.023$	<u>Subdimensões</u> comp.bulimicos $r_{SP}=0.188$, $p<.001$ motiv. Magreza $r_{SP}=.097$, $p=.067$ pressãosocial $r_{SP}=-.056$, $p=.294$
	Variável categórica Risco/sem risco: Teste t = ,879 $p<.02$	Variável categórica Risco/sem risco: $\chi_{(2)}^2=3.42$ e $p=.181$

	Hábitos Alimentares (EHA)	Atividade Física (IPAQ)
Autoeficácia geral	* $r_P = ,26; p <,0001$	* $r_{SP} = ,179; p <,001$
	<u>Subdimensões</u> Inic. e persistência $r = ,18; p <,0001$ Res. Adversidade $r = ,32; p <,0001$ Eficácia social $r = ,16; p <,0001$	<u>Subdimensões</u> Inic. e persistência $r_{SP} = ,121, p = ,023$ Res. Adversidade $r_{SP} = ,235, p <,001$ Eficácia social $r_{SP} = ,112, p = ,036$

r_{SP} – coeficiente de correlação de Spearman
 r – coeficiente de correlação de Pearson

*resultados com significância estatística.

5. ESTUDO QUALITATIVO

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E SELEÇÃO DOS SUBGRUPOS EM ANÁLISE

Para a segunda fase do estudo pretendia-se selecionar os adolescentes com comportamentos alimentares extremos, isto é, com melhores e piores hábitos alimentares, segundo o *score* obtido por preenchimento da escala EHA.

Consideraram-se os extremos correspondentes a *scores* superiores ou iguais a 160 e *scores* inferiores ou iguais a 125.

Em condições de integrar o grupo de hábitos mais adequados ($EHA \geq 160$) existiam 18 adolescentes (5 rapazes e 13 raparigas), apresentando uma média de 164 de *score* EHA e desvio padrão de 3,556. Em condições de integrar o grupo de hábitos mais desadequados ($EHA \leq 125$) existiam 35 adolescentes (19 rapazes e 16 raparigas), apresentando uma média de *score* EHA de 112,26 e desvio padrão de 7,7. No entanto, não foi possível proceder a entrevistas da totalidade dos adolescentes, essencialmente por questões relacionadas com a organização do horário escolar. Optou-se por progredir nas entrevistas dentro de cada grupo extremo (grupo A de hábitos mais adequados e grupo B, de hábitos desadequados), até saturação de dados (até obter apenas referências repetidas, sem elementos novos) e caracterizando os adolescentes de forma a integrá-los em subgrupos com características semelhantes, também ao nível das restantes escalas. Na tabela 10, apresenta-se a caracterização relativa aos adolescentes efetivamente integrados nos grupos de estudo.

Tabela 10. Caracterização da amostra – Componente qualitativa do estudo

		Grupo A (n=11)	Grupo B (n=17)	Total (n=28)
Idade	14 anos	18,2%	23,5%	21,4%
	15 anos	27,3%	29,4%	28,6%
	16 anos	36,4%	29,4%	32,1%
	17 anos	0%	17,6%	10,7%
	18 anos	18,2%	0%	7,1%
	Média	15,7	15,4	15,5
	Mediana	16	15	15,5
	Desvio-padrão	1,35	1,064	1,17
Sexo	Raparigas	72,7%	41,2%	53,6%
	Rapazes	27,3%	58,8%	46,4%
Nível socioeconómico dos pais	Sem subsídio	100%	88,2%	92,8%
	Escalão C	0%	11,8%	11,8%
	Escalão B	0%	0%	0%
	Escalão A	0%	0%	0%

Grupo A: grupo de adolescentes com hábitos alimentares mais saudáveis, de acordo com a pontuação global da EHA

Grupo B: grupo de adolescentes com hábitos alimentares menos saudáveis, de acordo com a pontuação global da EHA

Relativamente à escala de hábitos alimentares, EHA, obtiveram-se os seguintes resultados:

Grupo A (n=11): Alunos com elevada pontuação na EHA (hábitos alimentares mais adequados; $EHA \geq 160$); pontuações entre 160 e 172, média de 163,9 (desvio-padrão=5,84). Média das dimensões: qualidade - $3,889 \pm 0,29$; quantidade - $4,026 \pm 0,56$; variedade - $4,522 \pm 0,23$; adequação - $4,024 \pm 0,17$. Média total das dimensões - $4,115 \pm 0,17$.

Grupo B (n=17): Alunos com baixa pontuação na EHA (hábitos alimentares menos adequados; $EHA \leq 125$); pontuações entre 106 e 125, média de 118,82 (desvio-padrão=5,85). Média das dimensões: qualidade - $2,890 \pm 0,34$; quantidade - $2,823 \pm 0,55$; variedade - $3,125 \pm 0,39$; adequação - $3,074 \pm 0,48$. Média total das dimensões - $2,978 \pm 0,15$. Relativamente a este grupo, não foi possível integrar quatro alunos que haviam obtido pontuação inferior a 106 (dois deles mudaram de escola e dois recusaram participar na componente qualitativa do estudo).

Subdividiram-se os grupos A e B, segundo os dados provenientes da aplicação de todas as escalas, tornando-se possível o seguinte agrupamento:

A- Adolescentes com elevado score de comportamentos alimentares ($EHA \geq 160$); bom padrão de atividade física (moderada ou intensa),

A1. boa perceção de autoeficácia e sem risco de patologia alimentar (8 alunos).

A2. com risco de patologia; razoável perceção de autoeficácia (3 alunos)

B- Adolescentes com baixo score de comportamentos alimentares ($EHA \leq 125$),

B1- sedentários; sem risco de patologia; todos com baixa autoeficácia (6 alunos)

B2- com risco de patologia; bom padrão de atividade física (3 alunos)

B3 - bom padrão de atividade física, sem risco (8 alunos)

No grupo A, de hábitos alimentares mais adequados, uma aluna apresentava ligeiro excesso de peso ($IMC = 25,0$). No grupo B, de hábitos alimentares menos adequados, uma aluna apresentava excesso de peso ($IMC = 27,7$) e um aluno apresentava ligeiro excesso de peso ($IMC = 24,8$).

5.2. CODIFICAÇÃO E FREQUÊNCIA DE REFERENCIAÇÃO.

Procedeu-se às entrevistas semiestruturadas, realizadas aos adolescentes integrantes dos subgrupos A1, A2, B1, B2 e B3. Realizou-se a análise de conteúdo, com codificação de Charmaz.

Contabilizaram-se as referências por código e por número de alunos que referenciaram cada código. Os resultados apresentam-se nas tabelas 11 e 12.

Os fatores que os adolescentes entrevistados referiram em maior número de vezes foram (por ordem decrescente de número de referências): influência da família, preferências alimentares, conhecimento de regras de alimentação saudável e disponibilidade. Analisando na perspectiva do número de participantes isto é, contabilizando o número de adolescentes que referiu cada fator, obtemos, igualmente por ordem decrescente: influência da família e hábitos familiares como os referidos por maior número de participantes, assim como percepção do risco, seguido pelo conhecimento das regras de alimentação saudável e depois, preferências alimentares.

Da análise dos relatos obtidos através da entrevista, constata-se que o fator com maior relevância nas escolhas dos adolescentes – hábitos do agregado familiar – é comum aos dois grupos, em detrimento de outros fatores, como tempo disponível e preferências alimentares baseadas no paladar, estes sim, diferindo na prioridade assumida entre os dois grupos (A e B).

Tabela 11. Frequência de referência por códigos (hábitos alimentares).

Código	Subcódigo	Subcategoria	Total de entrevistados		Por grupos					
			Nº de referências (*)	N.º de alunos que referiram (**)	A1	A2	B1	B2	B3	
					*	*	*	*	*	
					**	**	**	**	**	
Vulnerabilidade (atribuição de papel relevante como controlador da saúde)	Particularidades pessoais		16	9	9	1	2	0	2	
					5	1	1	0	2	
	Autocontrolo e dificuldade em resistir a tentações alimentares		20	13	5	3	5	5	2	
					4	2	3	3	1	
	Perceção da influência da alimentação no bem-estar ou mal-estar		8	6	5	2	0	0	1	
					3	2	0	0	1	
	Regras de alimentação saudável/crenças	Conhecimento/ Informação		46	23	12	3	7	9	14
						6	1	5	3	8
		Preocupação com a saúde		27	17	13	4	3	3	4
						8	2	2	2	3
Preocupação com o peso		13	7	5	4	0	0	3		
				3	2	0	0	2		
Perceção do risco		26	26	6	3	6	4	7		
				6	3	6	4	7		
Influência dos amigos/companhia (pares)			14	11	4	1	6	1	2	
					3	1	5	1	1	
Fome/saciedade			18	17	3	3	4	2	6	
					2	3	4	2	6	
Família	Hábitos familiares		60	26	19	7	4	8	22	
					12	2	3	2	8	
	Pressão familiar		11	8	3	1	3	1	3	
					3	1	1	1	2	
Neofobia/neofilia			5	5	2	0	1	1	1	
					2	0	1	1	1	
Dinâmica (envolvimento ativo em tarefas) ou momentos de ócio			30	21	7	4	6	4	9	
					5	2	5	2	7	
Custo			5	4	1	0	1	0	5	
					1	0	1	0	2	
Disponibilidade	Disponibilidade		43	21	9	4	5	5	20	
					5	2	4	3	7	
	Oportunidade		32	17	0	7	11	5	9	
					0	3	4	3	7	

Código	Subcódigo	Subcategoria	Total de entrevistados		Por grupos				
			N.º de referências (*)	N.º de alunos que referiram (**)	A1	A2	B1	B2	B3
					*	*	*	*	*
Preferências alimentares	Palatabilidade		60	22	25	4	13	4	14
					8	2	6	1	5
Humor/stress	Hábitos		15	10	5	5	2	0	3
					6	1	2	0	3
Tempo disponível			31	17	8	7	9	2	5
					3	3	5	2	4

Apesar de não ser o objetivo principal do estudo, mas para complementar o estudo, foram introduzidas algumas questões relativas à atividade física.

À semelhança do realizado para os hábitos alimentares, contabilizaram-se as referências por código e por número de alunos que referenciaram cada código. Os resultados apresentam-se na tabela 12.

Tabela 12. Frequência de referência por códigos (atividade física).

Código	Total de entrevistados		Por grupos				
	Número de referências (*)	N.º de alunos que referiram (**)	A1	A2	B1	B2	B3
			*	*	*	*	*
Preocupação com a saúde física e mental	27	22	6	2	5	5	9
			5	2	5	3	7
Bem-estar	28	23	9	3	6	2	8
			6	3	5	2	7
Preguiça como limitadora	10	7	1	1	2	0	6
			1	1	1	0	4
Companhia de amigos ou família	3	3	1	0	0	1	1
			1	0	0	1	1
Tempo disponível	17	14	6	1	5	2	3
			5	1	4	1	3

Não é observada diferença evidente, a partir do *verbatim*, entre os alunos integrantes dos vários grupos, quanto ao padrão de atividade física. Em todos os grupos existem casos de prática de atividade física não organizada e em todos existem casos de prática de desporto organizado.

Apenas o grupo A2 corresponde a adolescentes classificados como sedentários o que, tratando-se de casos de hábitos alimentares adequados, está de acordo com os

resultados que apontam para não associação de hábitos alimentares com padrão de atividade física.

A atividade/exercício físico surge mais frequentemente associada ao bem-estar, efetivamente sentido pelos adolescentes, seguido da referência à saúde. Neste caso, a manutenção da saúde surge como motivação efetiva para a prática mas muitas vezes é referenciada com base no conhecimento, sem tradução efetiva na prática de alguma atividade ou exercício.

Sensações de bem-estar e saúde física são, assim, as principais razões que motivam a prática. A principal razão apresentada para a abstenção da atividade, sobretudo a organizada e regular, é a preguiça. Surge também a referência a horários e falta de tempo como dificultando o acesso à prática do exercício físico.

5.3. ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

5.3.1. Análise relativa às escolhas alimentares

A partir das entrevistas, analisaram-se as já referidas categorias:

Tabela 13. Categorias encontradas através da análise das entrevistas

Categoria 1 - Vulnerabilidade (atribuição de papel relevante no controlo da saúde)
Subcategoria 1.1. Particularidades pessoais
Subcategoria 1.2. Autocontrolo e dificuldade em resistir a tentações alimentares
Subcategoria 1.3. Perceção de influência da alimentação no bem-estar/mal-estar
Subcategoria 1.4. Regras de alimentação saudável/crenças
1.4.1 Conhecimento/informação
1.4.2 Preocupação com a saúde
1.4.3 Preocupação com o peso
1.4.4 Perceção do risco
Categoria 2 – Influência dos pares (amigos/companhia)
Categoria 3 – Fome/saciedade
Categoria 4 – Família (hábitos familiares e pressão familiar)
Categoria 5 – Neofobia/neofilia
Categoria 6 – Dinâmica (envolvimento ativo em tarefas) ou momentos de ócio
Categoria 7 – Custo
Categoria 8 – Disponibilidade
Subcategoria 8.1. Disponibilidade

Subcategoria 8.2. Oportunidade

Categoria 9 – Preferências alimentares

Subcategoria 9.1. Palatabilidade

Subcategoria 9.2. Hábitos

Categoria 10 – Humor/stress

Categoria 11 – Tempo disponível

Categoria 1. Vulnerabilidade (atribuição de papel relevante no controlo da saúde)

Subcategoria 1.1. Particularidades pessoais

São mais frequentes as referências a algumas condicionantes pessoais entre os adolescentes classificados como tendo bons hábitos alimentares, boa perceção de autoeficácia e sem risco de patologia alimentar (grupo A1). Referem propensão para alguns problemas de saúde ou a constatação da existência de problemas que são condicionantes do comportamento alimentar. Existem referências a alergia que despoleta a vontade de comer em maior quantidade e tentativa de controlar questões como colesterol elevado. O *stress* surge igualmente como elemento desestabilizador e impulsionador de algum consumo exagerado de alimentos. No entanto, nota-se alguma tentativa e capacidade de controlo, quer por preocupações de saúde, quer por preocupações estéticas.

Nos restantes grupos, registaram-se poucas referências, muito semelhantes ao encontrado em A1.

No grupo de adolescentes com bons hábitos alimentares, com risco de patologia e razoável perceção de autoeficácia (grupo A2), as referências são pouco específicas.

<p>Propensão para problemas de saúde e problemas condicionantes do comportamento alimentar</p>	<p>A1</p>
	<p>✓ <i>Às vezes quando fico com alergia dá-me muita vontade de comer e como muito... as alergias dão-me vontade de comer.</i></p>
	<p>✓ <i>Quando a minha mãe faz assim um grande almoço eu tenho que reduzir porque da ultima vez que eu fui fazer análises disseram-me que eu tinha o colesterol alto porque a minha mãe cozinha com muitas gorduras e eu estou a tentar evitar isso.</i></p> <p>✓ <i>Não como muito porque faz-me borbulhas e tive muitos</i></p>

		<p><i>problemas de borbulhas e faz-me mal. Por isso só muito de vez em quando mas gosto muito mesmo.</i></p> <hr/> <p>A2</p> <p>✓ <i>Acabar com as guloseimas. Não como muitas, mas acabar mesmo porque faz-me mal.</i></p> <hr/> <p>B1</p> <p>✓ <i>Há risco. Acho que não me alimento em condições. Quando eu era pequenina...tenho tendência a ter diabetes tanto da parte da minha mãe como da parte do meu pai. Quando era pequenina tive que ir para o hospital porque os meus açucars subiram imenso e também já tive anemia, por isso...</i></p> <p>✓ <i>Quando estou com o período. Estou sempre a comer.</i></p>
Stress		<p>A1</p> <p>✓ <i>Oh! Stress...stress. Consegui controlar isso durante muito tempo e até estava a perder peso, mas depois voltei a ter o problema nas mãos que é uma coisa que me deixa mesmo chateada e cheia de stress, um bocado depressiva e durante uma altura... (refere propensão a "infeções e frieiras nos dedos")</i></p>
Tentativa e capacidade de controlo		<p>A1</p> <p>✓ <i>Quando a minha mãe faz assim um grande almoço eu tenho que reduzir porque da última vez que eu fui fazer análises disseram-me que eu tinha o colesterol alto porque a minha mãe cozinha com muitas gorduras e eu estou a tentar evitar isso.</i></p> <p>✓ <i>Não como muito porque faz-me borbulhas e tive muitos problemas de borbulhas e faz-me mal. Por isso só muito de vez em quando, mas gosto muito mesmo.</i></p>

Subcategoria 1.2. Autocontrolo e dificuldade em resistir a tentações alimentares

Se analisarmos o discurso dos adolescentes dos grupos A1 e A2, surgem frequentemente referências como: "...tenho que parar agora..."; "sei dos perigos ...tento controlá-los"; "...controlo-me..."; "...não, chocolate, não!"; "...só um bocadinho..."; "tento resistir um bocado..."; "presto atenção involuntariamente...";

"...já não o comi todo..."; "...tive que arranjar maneira de cortar..."; Em contraste, para os restantes grupos, encontramos: "...vou logo comer"; "...chego a casa e como"; "...é algo tão espontâneo"; "...já não como um, como dois,...não consigo controlar..." Apenas uma referência se aproxima do padrão de A1 e A2: "...não vou abusar de uma coisa para depois me arrepender" (grupo B2, de hábitos inadequados, risco de patologia e bom padrão de atividade física).

É assim, patente a tentativa e decorrentes medidas e ações efetivas de autocontrolo. Apesar de referirem alguns alimentos "viciantes", demonstram uma preocupação e o desencadear de medidas, sem referir mal-estar. Aliás, encontra-se algum *verbatim* como: "...consigo bem..." ou "...não sinto necessidade nem falta...".

Sem controlo	A2
	✓ <i>Sei lá...McDonalds...e pizza e essas coisas...gosto. É um bocado difícil resistir.</i>
	B1
	✓ <i>Não sei...se calhar comer menos doces, mas acho que não dá já é um vício que já está...</i> ✓ <i>Mcdonalds é ...parece que vicia. Nem é que tenha um sabor bom..., mas apetece...é bom.</i> ✓ <i>Habitualmente como. Se for alguma coisa que tenha em casa vou logo comer. Se não tiver, compro no dia a seguir. Fico mesmo com vontade.</i> ✓ <i>Pode ser psicológico...apetece-me, é psicológico, apetece-me...em casa. Chego a casa e como.</i>
B3	
✓ <i>Fora das refeições é algo tão espontâneo que quando dou por mim já estou a meter a bolacha à boca.</i> ✓ <i>Se não tiver hambúrguer para comer vou comer outras coisas para compensar, mas são coisas que fazem mal igualmente, mas como eu não tenho o hambúrguer tenho que saciar aquela vontade. Mas são tão más e tantas! Não consigo controlar.</i>	
A1	
✓ <i>Ao fim de semana é a mesma coisa. E às vezes como um bocadinho e depois o chocolate é viciante e depois mais outro...e tenho que pensar: tenho que parar agora, porque</i>	

	<p><i>se não, de pois é mau, é muito mau (risos)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>...eu sei dos perigos todos e tento...controlá-los. A única coisa que eu gosto mais e não consigo resistir tanto são...a doces e pronto</i> ✓ <i>Às vezes cedo outras vezes controlo-me por questões de saúde.</i> ✓ <i>eu tenho um problema bastante grave com o chocolate e então quando estou a estudar eu penso: - não, chocolate não! Vou comer uma maçã e vou pensar que sabe a chocolate. Às vezes até resulta, outras vezes como o chocolate.</i> ✓ <i>Se eu tiver muita vontade, como (risos). Pode não ser muito, mas só um bocadinho...tenho que comer.</i>
<p>Tentativa/estratégias de controlo</p>	<p>A2</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Quando me apetece mesmo...tento resistir um bocado, mas às vezes é difícil...depende das coisas...se for um bolo, que me apeteça mesmo, tento escolher um menos...mais pequenino, menos calórico...risos...para não ser tão mau e se for MacDonalds já resisto mais um bocadito, mas...</i> ✓ <i>Eu chamo autocontrolo ao facto de ter uma caixa de trufas de chocolate preto no meu quarto e não o comer...risos...quando estou mesmo mais em baixo, aí vai..., mas é só uma! Consigo bem. O hábito desde pequena.</i> ✓ <i>Mas presto atenção involuntariamente. No outro dia, a minha mãe trouxe-me um salame e eu, para não o comer andei a dividi-lo pela casa, metade eu, metade o meu pai, a minha mãe...já não o comi todo.</i> ✓ <i>Então para controlar o meu peso tive que arranjar uma maneira de cortar nos doces, mas nem sinto a necessidade. Nem necessidade nem falta...</i>
	<p>B2</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Por exemplo, se me apetecer comer o chocolate é melhor comer um bocado porque se não, vou ficar a pensar: - ai,</i>

	<p><i>porque é que eu não comi o chocolate...e depois quando me apetecer outra vez, já não como um, como dois.</i></p> <p>✓ <i>convém comer um pouco de tudo. Não vou estar a abusar de uma coisa para depois me arrepender.</i></p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Subcategoria 1.3. Perceção da influência da alimentação no bem-estar ou mal-estar

As referências aos cuidados com a alimentação, como contribuindo para a manutenção do bem-estar e a escolha saudável como potenciadora de sensações de bem-estar, são exclusivas dos adolescentes com hábitos alimentares adequados. A referência encontrada no grupo B3 (hábitos inadequados, bom padrão de atividade física e sem risco de patologia) diz respeito ao fator quantidade como causador de saciedade.

Bem-estar	<p>A1</p> <p>✓ <i>...não bebo porque fico mal disposta...</i></p> <p>✓ <i>Sinto-me bem a não comer</i></p>
	<p>A2</p> <p>✓ <i>O bem-estar (determina a ingestão de determinado alimento)</i></p> <p>✓ <i>Não faço grandes sacrifícios e sinto-me bem</i></p> <p>✓ <i>Então para controlar o meu peso tive que arranjar uma maneira de cortar nos doces mas nem sinto a necessidade. Nem necessidade nem falta...</i></p>
Bem-estar associado à saciedade	<p>B3</p> <p>✓ <i>A comida às vezes faz-me sentir mais satisfeito, mais saciado.</i></p>

1.4.1. Regras de alimentação saudável/crenças

Todos os grupos apresentam *verbatim* com referência a algumas regras de alimentação saudável. Surgem mencionadas a variedade, a quantidade, o consumo de frutas e vegetais, entre outras.

As referências dos adolescentes dos grupos A1 e A2 integram mais os verbos que remetem a ação efetiva. Referem, por exemplo: “...*não comia tanta fruta*”, o que

remete para o seu consumo atualmente ou, "...*tento escolher*", "*tento comer*"...o que denota um padrão de consumo.

Já nos restantes grupos, com exceção das afirmações do grupo B2 (de hábitos inadequados, com risco de patologia e bom padrão de atividade física), as referências verbais vão mais no sentido de um desejo, mas não de um consumo efetivo. Por exemplo, referem: "*devia comer*", "*podia comer*" "*comia mais vegetais*" (referindo-se ao que deveriam fazer).

De notar, igualmente que os adolescentes do grupo A1, de melhores hábitos, reportam mais explicitamente a melhoria de um consumo.

Conhecimento de regras de alimentação saudável, associado a ação efetiva	A1
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Antes talvez (houvesse risco) porque eu tinha excesso de peso e ...não é que comesse muita porcaria...não comia tanta fruta...</i> ✓ <i>Sei lá (sobre a razão de não comer sempre a mesma coisa)...porque lá está, há que variar um bocado...</i> ✓ <i>...eu sei dos perigos todos (informada pelos pais enfermeiros) e tento...controlá-los.</i> ✓ <i>...e tenho uma alimentação mais completa (na cantina) e porque, pronto, às vezes a comida é boa, outras vezes...como porque tenho que comer...mas opto...</i>
	A2
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Tento escolher uma refeição que não tenha muitos fritos e assim...</i> ✓ <i>Tento comer p'raí de duas em duas horas...</i> ✓ <i>Porque gosto e sei que estou a fazer uma alimentação correta.</i>
	B2
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Comer sopa e legumes não é uma coisa que eu goste mas como sei que tenho necessidade, como sei que faz bem...tenho que comer, devo comer.</i> ✓ <i>Não como muitos açucares nem chocolate e tento equilibrar com fruta.</i>
	A1
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Talvez comer um bocadinho menos e de uma forma mais variada. É quase sempre a mesma coisa. Variar</i>

<p>Conhecimento de regras de alimentação saudável, eventualmente traduzindo desejo de mudança mas sem ação efetiva</p>	<p><i>em termos de vegetais. Como vegetais mas sempre os mesmos.</i></p> <p>✓ <i>Se calhar comia mais fruta...eu como 5 vezes por semana no máximo...se calhar devia comer um bocadinho mais...</i></p> <hr/> <p>B1</p> <p>✓ <i>Comia mais vegetais. Que eu como pouco...fruta como às vezes mas não é muito.</i></p> <p>✓ <i>Não sei...se calhar comer menos doces mas acho que não dá já é um vício que já está...</i></p> <p>✓ <i>Acho que ao comer fora de casa, centro comercial...é sempre comida de plástico e isso é pouco saudável mas gosto e acho que isso é normal.</i></p> <p>✓ <i>É comer pouco mas poucas refeições...podia comer pouco mas em mais refeições...</i></p> <p>✓ <i>E habituar-me a comer legumes...e mais sopa.</i></p> <hr/> <p>B3</p> <p>✓ <i>Não gosto muito de comer de manhã...sei que não devia porque é a refeição mais importante do dia...</i></p> <p>✓ <i>Devia comer mais salada. Não é bem mais...devia tirar do prato principal...distribuir mais. E se calhar a sopa.</i></p> <p>✓ <i>Se calhar aos sábados, em vez de comer quase sempre McDonalds...e também o pequeno-almoço. Refeições mais saudáveis. De vez em quando, comer peixe com vegetais ou assim.</i></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1.4.2. Preocupação com a saúde

Todos os grupos manifestam alguma preocupação com a saúde. Os adolescentes do grupo A1 demonstram mais frequentemente a procura do mais saudável.

Algumas das afirmações de alunos do grupo B3 denotam alguma falta de controlo e de falta de capacidade para mudar.

<p>Preocupação com a saúde</p>	<p>A1</p> <p>✓ <i>Acho que é o mais saudável e aprecio.</i></p> <p>✓ <i>Estranhamente, eu escolhia coisas que eu não comia e</i></p>
---------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p><i>que são muito nutritivas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Lá em casa a comida até é bastante saudável. Nós fazemos muito mais cozidos e grelhados do que fritos e assim...aliás, eu, quando é frito, não costumo comer. Isso é um bocado mania minha, mas aqui há uns tempos deixei porque acho que não...eu tenho um bocado a paranoia das coisas saudáveis e assim...</i> ✓ <i>E depois comecei a preocupar-me comigo, porque uma ou duas vezes até pode ser normal, mas quando começa a ser muitas vezes...</i> ✓ <i>Não como porque faz um bocado mal...</i>
	<p>A2</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Não como porque sei que faz mal!</i> ✓ <i>Bem, como sopa, arroz com carne, peixe ou batatas. Mais saudável.</i> ✓ <i>Porque engorda bué...e porque faz mal. Basicamente isso...</i>
	<p>B1</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Se for um doce ou assim posso pensar nos diabetes...</i> ✓ <i>Escolheria arroz e carne grelhada. Não é o meu prato favorito...o meu prato favorito é carne à alentejana. Entre os dois, o mais saudável é a carne grelhada...e gosto.</i>
	<p>A2</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Devia acabar com as guloseimas. Não como muitas, mas acabar mesmo, porque faz-me mal...</i> ✓ <i>Nem sempre resisto, mas penso se faz mal...</i>
	<p>B2</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Porque penso que faz pior...convém comer um pouco de tudo. Não vou estar a abusar de uma coisa para depois me arrepender.</i> ✓ <i>Se eu pudesse comer tudo o que fosse bom e soubesse que não fazia mal, eu comia. Comer sopa e legumes não é uma coisa que eu goste, mas como sei que tenho necessidade, como sei que faz bem...tenho que comer, devo comer. Comia só o que como ao fim</i>

	<p><i>de semana, só doces..., mas como sei que não posso...</i></p>
	<p>B3</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Gostava! (de fazer uma alimentação diferente) Gostava de comer muito menos. Estou a tentar fazer uma dieta e não consigo...como muito, esse é o meu problema. Fora das refeições como bastantes doces.</i> ✓ <i>Se calhar aos sábados, em vez de comer quase sempre MacDonalds...e também ao pequeno-almoço. Refeições mais saudáveis. De vez em quando comer peixe com vegetais ou assim.</i>

1.4.3. Preocupação com o peso

As referências à preocupação com o peso são diminutas e predominam no grupo de adolescentes com melhores hábitos alimentares. Nos grupos A1 e A2 a preocupação traduz-se em medidas concretas, resultantes da tentativa de manter o peso corporal. Não transparece o fator “sacrifício” associado às medidas tomadas. Nota-se preocupação com o peso corporal, mas dentro de um contexto de saúde, sem priorizar o peso a qualquer outro fator associado à saúde. Nos restantes grupos, apenas surge referência no grupo B3, mas sem tradução em medidas concretas. Manifesta-se um desejo e alguma incapacidade em levar a cabo um cuidado efetivo.

<p>Tentativa de manutenção de peso corporal saudável, com medidas efetivas</p>	<p>A1</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Porque dá-me energia e deixa-me cheia...consigo aguentar 3 horas sem vontade de comer...estou a tentar perder peso e faço muito exercício e preciso de energia. (a propósito do consumo de aveia)</i> ✓ <i>Antes talvez porque eu tinha excesso de peso e ...não é que comesse muita porcaria...não comia tanta fruta...</i>
	<p>A2</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Então para controlar o meu peso tive que arranjar uma maneira de cortar nos doces, mas nem sinto a necessidade. Nem necessidade nem falta...</i> ✓ <i>Se não me controlar, vou ganhar peso. Já tenho este peso há 3 anos...mais um quilo menos um quilo...</i>

	✓ <i>(não como). Porque engorda bué...e porque faz mal. Basicamente isso...</i>
Desejo de perder peso, sem adoção de medidas	B3 ✓ <i>Gostava! Gostava de comer muito menos. Estou a tentar fazer uma dieta e não consigo...como muito, esse é o meu problema. Fora das refeições como bastantes doces.</i>

1.4.4. Perceção do risco

Os adolescentes do grupo B3, com hábitos menos adequados, apresentam um discurso de perceção reduzida do risco. Não manifestam preocupação pela possibilidade de prejuízo da sua saúde. Referem as boas condições de saúde e a ausência de doença.

Vários adolescentes do grupo B1, de hábitos desadequados, referem não haver risco, considerando a sua alimentação saudável ou apresentar fatores protetores.

Perceção de risco	Associado a medidas	A1 ✓ <i>É assim...há sempre risco, não é? Mas com dois pais enfermeiros como eu tenho...e que qualquer coisinha assim que, por exemplo, a minha irmã que é mais nova e não tem tanto controle...eles puxam logo:" tem cuidado, porque isto e porque aquilo" ...eu sei dos perigos todos e tento...controlá-los. A única coisa que eu gosto mais e não consigo resistir tanto são...a doces e pronto, é preciso ter um bocado de cuidado com a diabetes e também ...só num caso mais agudo...</i> ✓ <i>A vontade deixou de me dar quando vendo os riscos, por exemplo da diabetes, foi uma coisa que me assustou imenso, que ingerir muito quantidade de doces, vezes repetidas, é muito perigoso, e então fiquei muito assustada e esse susto fez com que eu também deixasse...de ver se me comportava dessa maneira.</i>
--------------------------	---------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Não associado a medidas</p>	<p>A2</p> <p>✓ <i>Sim, há risco. Por exemplo, muitos fritos ou doenças renais...devido a proteína a mais.</i></p> <hr/> <p>B1</p> <p>✓ <i>Há risco. Acho que não me alimento em condições.</i></p> <p>✓ <i>Acho que tenho risco porque como muito doces e muitas porcarias.</i></p> <hr/> <p>B2</p> <p>✓ <i>Da maneira como eu como...eu abuso nas coisas...podem não ser coisas que façam mal, mas abuso e acaba por fazer mal...</i></p> <hr/> <p>B3</p> <p>✓ <i>Eu acho que há risco. A minha mãe diz-me várias vezes que sim...que se calhar, se continuar a comer...às vezes estou em casa e se já assou o almoço, tenho fome e está ali no meio...da tarde, costumo ir às bolachas e costumo comer muitas bolachas. A minha mãe diz se calhar assim apanho diabetes.</i></p>
<p>Não percepção do risco (ausência de risco)</p>	<p>Percepção de proteção</p>	<p>B1</p> <p>✓ <i>Tenho um corpo bom, já mesmo genético. Não sou, não tenho predisposição.</i></p> <p>✓ <i>Acho que não estou em risco...acho que é saudável (mesmo com hábitos inadequados) ...</i></p> <hr/> <p>A1</p> <p>✓ <i>Acho que não há risco, faço uma alimentação variada...</i></p> <hr/> <p>A2</p> <p>✓ <i>No meu caso não acho que tenha risco ... e sempre fui controlada pela minha mãe no que toca à alimentação nunca me excedi com porcarias e habituei-me assim.</i></p> <hr/> <p>B2</p> <p>✓ <i>Se for pela forma como me alimento aos fins de semana, acredito..., mas como nos dias de semana tento comer de uma forma regrada, à base de frutas</i></p>

		<p><i>legumes e sopa, não estou muito preocupada.</i></p> <p>✓ <i>Penso que não corro risco. Como um pouco de tudo, peixe, carne, McDonalds muito raro...</i></p>
Sem preocupação	B3	<p>✓ <i>Depende...se for muito rica em gorduras...demasiado rica, com exagero em qualquer coisa. No meu caso acho que não há risco.</i></p> <p>✓ <i>Acho que não estou em risco...quer dizer...se bem que se for pelo que eu como até estou em risco. É capaz de haver...não penso muito nisso, não me preocupo habitualmente.</i></p> <p>✓ <i>É capaz...se não comer bem posso apanhar anorexia ..., mas eu não. Eu como tanto!</i></p> <p>✓ <i>Acho que não. Porquê? Nunca tive nenhuma doença...</i></p> <p>✓ <i>Acho que não tenho risco porque nunca tive nenhuma doença... Não é uma alimentação adequada, mas há quem faça pior.</i></p>

Categoria 2. Influência dos pares (amigos/companhia)

O refeitório escolar é muitas vezes evitado devido à falta de companhia de amigos/colegas. Os adolescentes procuram a companhia dos seus pares e não apreciam as refeições na solidão. Assim, as escolhas dos amigos, nomeadamente quanto ao local para a refeição, é determinante. Invariavelmente, a companhia dos amigos, sobretudo em contextos de lazer, é associada a más escolhas alimentares. Também a influência de relatos dos amigos acerca da qualidade da alimentação servida na cantina surge como um modulador, evitando muitas vezes que o adolescente frequente a cantina.

<p>Procura da companhia dos amigos condiciona o recurso à cantina/refeitório e determina o local da refeição.</p>	<p>A1</p> <p>✓ <i>Se for com os meus colegas já é mais tipo fastfood.</i></p> <p>✓ <i>Muita gente não vai da minha turma. Às vezes até vou sozinha, porque pronto...</i></p> <p>✓ <i>..e tenho uma alimentação mais completa e porque, pronto, às vezes a comida é boa, outras vezes...como porque tenho que comer...mas opto...também vou com os</i></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p><i>amigos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Depende, por exemplo, à quinta-feira é quando me apetece mais chocolate. Porque a quinta-feira é quando tenho a hora de almoço mais livre e então é quando saio com os amigos, vamos ao D.V. e depois é...ah! Vamos ao Jumbo comprar um chocolate...para passar o tempo e tal e cedo um bocadinho. Ao fim de semana é a mesma coisa.</i> <hr/> <p><i>B1</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Fora, já escolho o que me apetecer e como. Se for com os meus amigos eles comem mais ou menos o que eu como. Fruta não costumo comer muita a não ser em casa.</i> ✓ <i>Às vezes dá muito vontade de comer um doce. É mais quando estou com os meus amigos. Bolachas bolos e começa a apetecer.</i> <hr/> <p><i>B3</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Este ano só fui lá duas ou três vezes...costumo ir quando vou ao cinema...</i> ✓ <i>Nem mastigo...eu mastigo mas é muito rápido. Cá na escola aquilo dos amigos...não gosto de comer sozinho.</i>
<p>Companhia dos amigos condiciona ou não o tipo de alimento consumido</p>	<p><i>A1</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>...se for com os meus colegas já é mais tipo fastfood</i> ✓ <i>Depende, por exemplo, à quinta-feira é quando me apetece mais chocolate. Porque a quinta-feira é quando tenho a hora de almoço mais livre e então é quando saio com os amigos, vamos ao D.V. (centro comercial) e depois é...ah! Vamos ao Jumbo comprar um chocolate...para passar o tempo e tal e cedo um bocadinho. Ao fim de semana é a mesma coisa.</i> <hr/> <p><i>B1</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Fora, já escolho o que me apetecer e como. Se for com os meus amigos eles comem mais ou menos o que eu como. Fruta não costumo comer muita a não ser em casa.</i> ✓ <i>Às vezes dá muita vontade de comer um doce. É mais quando estou com os meus amigos. Bolachas, bolos e</i>

	<p><i>começa a apetecer.</i></p> <p>✓ <i>Pizzas exageram no sal e isso até é bom, mais forte, de vez em quando...normalmente duas ou três vezes por mês, quando saio com os amigos, vamos lá sempre. Ou ao Burger king...</i></p> <p>✓ <i>...e os horários, quando estamos com os amigos esquecemos que temos que comer e só comemos lá para as três...quatro...</i></p>
	<p>B2</p> <p>✓ <i>É quando vou com os meus amigos ao fórum</i></p>
	<p>B1</p> <p>✓ <i>Porque dizem que a comida lá é...não é muito boa. Porque a comida não é feita cá, vem de instituições...</i></p>

Categoria 3. Fome/saciedade

Encontram-se relatos acerca da dicotomia fome / saciedade em todos os grupos. A sensação de fome condiciona o tipo de alimento selecionado e o número/frequência das refeições. Os grupos B1, B2 e B3, de hábitos desadequados, referem mais vezes o recurso a bolachas/bolos para apaziguar a fome.

Fome condiciona a ingestão	<p>A1</p> <p>✓ <i>Porque não me apetece. Não tenho apetite.</i></p>
	<p>A2</p> <p>✓ <i>Como metade no primeiro intervalo e o outro bocado no segundo para não ter muita fome depois ao almoço.</i></p> <p>✓ <i>Quando acaba o dia e chego a casa. Tenho mais fome.</i></p>
	<p>B1</p> <p>✓ <i>Lancho quando tenho fome, quando não tenho, não lancho.</i></p> <p>✓ <i>Não como, nunca tenho fome. Só depois à hora de almoço é que tenho fome.</i></p>
	<p>B2</p> <p>✓ <i>Umás vezes como pão...consoante a fome ...ou como um bolito. Quando não tenho tanta fome e comi muito tarde de manhã não sinto necessidade de comer.</i></p>

	<p><i>B3</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Se não como bem no conduto, levo sempre mais uma peça de fruta ou um pão.</i> ✓ <i>A meio da manhã não costumo trazer nada. Se estiver um pouco mais fraco, vou ao bar se me der a fome.</i> ✓ <i>O lanche de vez em quando se tiver fome vou lanchar. A meio da manhã não como nada porque não sinto fome.</i> ✓ <i>Se estiver perto do jantar como só uma bolacha só para ter a sensação que estou a comer qualquer coisa.</i> ✓ <i>A meio da manhã não como nada, não tenho fome.</i>
<p>Fome condiciona o tipo de alimento</p>	<p><i>A1</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Também há doces, mas como eu vou ter treino, prefiro uma coisa que me encha mais.</i>
	<p><i>B1</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Quando tenho mesmo fome tenho que comer comida a sério, mas o doce é mais por gulodice.</i> ✓ <i>...se eu tiver fome como ou um pacote de bolachas ou vou à pastelaria comprar um bolo.</i>
	<p><i>B2</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Umhas vezes como pão...consoante a fome ...ou como um bolito. Quando não tenho tanta fome e comi muito tarde de manhã não sinto necessidade de comer.</i>

Categoria 4. Família (hábitos familiares e pressão familiar)

Os adolescentes com hábitos alimentares adequados, referem práticas mais saudáveis, partindo do ambiente familiar. Os pais/familiares assumem influência direta e interventiva. A família aprecia e cultiva uma alimentação adequada, frequentemente com controlo e preocupação pela saúde. Note-se que o “controlo” é apresentado como estando associado a um acompanhamento, sem que se exerça pressão conflituosa. Na perspetiva dos adolescentes, os referidos hábitos enraízam-se ao longo do tempo e as opções dos pais têm repercussões claras nas opções realizadas em contexto familiar. É referido o bem-estar que advém da opção por uma alimentação adequada. Os hábitos familiares incorporam a procura de bem-estar por parte dos vários elementos da família.

A percepção de bem-estar por parte dos adolescentes com hábitos mais adequados surge associada às opções tomadas em contexto familiar.

No único caso, de entre os que constituem o grupo A, em que surgem alguns cenários de hábitos menos adequados, o adolescente, mesmo perante a dificuldade em gerir problemas de disponibilidade, assume uma posição ativa no sentido de desenvolver condições facilitadoras de opções saudáveis, sendo estas (também neste caso e tal como expresso pelo adolescente) associadas à influência de um dos pais.

Em contraste, dos relatos dos adolescentes com hábitos alimentares inadequados, verifica-se uma prática familiar, nomeadamente seleção alimentar e modos de confeção, pouco saudáveis. Nestes adolescentes, a influência ativa da família, nas raras vezes em que é mencionada, é mais ténue, menos controladora, não encorajando os hábitos saudáveis. No discurso dos adolescentes surge com frequência o reconhecimento da alimentação como inadequada, mas sem desenvolvimento de comportamentos de compensação, ao invés do observado em alguns casos do grupo A. Associam-se questões de preferências e modos de confeção, com disponibilidade de produtos alimentares menos saudáveis, em casa: *“Eu como por gosto...estou a refletir pela primeira vez... talvez oportunidade... Como quando vou ao restaurante. Se quisesse fazer não tinha para o fazer”*. Nesta frase-exemplo é especialmente evidente o facto de as práticas familiares, nomeadamente no que se refere à disponibilidade alimentar, condicionarem a forma como o adolescente se alimenta. Já frases como *“se eu acordar às 10h ou 11h, o meu pai só acorda às três da tarde e então sou capaz de comer três vezes o pequeno almoço, seja pão ou cereais.”* ou *“Ao almoço não como nada ou como um pão e só volto a comer ao jantar ou ao lanche...”* ou ainda *“Não há o hábito de almoçar lá em casa. Almoço logo ao acordar... é sempre assim quer ao sábado quer ao domingo”* denotam uma acomodação, sem desenvolvimento de estratégias remediadoras (verificadas no grupo com hábitos alimentares adequados).

Do discurso dos adolescentes também se conclui que os pais, ou pelo menos um dos elementos parentais fomentam os hábitos inadequados ou encorajam-nos, criando condições favoráveis aos consumos alimentares pouco saudáveis.

Disponibilidade alimentar	<p>A1</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>“Como várias frutas que a minha mãe me prepara”</i>. ✓ <i>“Sinto-me bem a não comer [fritos e alimentos ricos em gordura] e então a minha mãe também já sabe isso...lá em</i>
----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p><i>casa é muito raro”</i></p> <p>A2</p> <p>✓ <i>“Como muito peixe...a minha mãe costuma fazer muito peixe”</i></p>
Controlo e encorajamento	<p>A1</p> <p>✓ <i>“Lá em casa a comida até é bastante saudável. Nós fazemos muito mais cozidos e grelhados do que fritos ...”</i></p> <p>✓ <i>“Em casa não como fritos porque eu não gosto muito, a minha mãe não gosta de fritos, não gosta do cheiro...”</i></p> <p>A2</p> <p>✓ <i>“Sempre fui controlada pela minha mãe no que toca à alimentação, nunca me excedi com porcarias e habituei-me assim”</i></p> <p><i>“...sempre fui habituada a ter um regime alimentar mais controlado ... e não faço sacrifícios, sinto-me bem”</i></p>
Bem-estar	<p>A1</p> <p>✓ <i>“Sinto-me bem a não comer [fritos e alimentos ricos em gordura] e então a minha mãe também já sabe isso...lá em casa é muito raro”</i></p> <p>A2</p> <p>✓ <i>“ ... e não faço sacrifícios, sinto-me bem”</i></p>
Preferências dos pais como promotoras das preferências dos filhos.	<p>A1</p> <p>✓ <i>“Em casa não como fritos porque eu não gosto muito, a minha mãe não gosta de fritos, não gosta do cheiro...”</i></p> <p>✓ <i>“Gostava de conseguir introduzir mais vegetais...eu tento, só que muitas vezes não...em minha casa eles não gostam muito...eu gosto...por exemplo, eu e a minha mãe gostamos mas por isso tenho que às vezes comprar só especialmente para nós porque os meus irmãos não gostam”</i></p>
Dificuldade em gerir/compensar a disponibilidade de comida saudável, em função de gostos diferentes	<p>A1</p> <p>✓ <i>“Gostava de conseguir introduzir mais vegetais...eu tento, só que muitas vezes não...em minha casa eles não gostam muito...eu gosto...por exemplo, eu e a minha mãe gostamos mas por isso tenho que às vezes comprar só especialmente para nós porque os meus irmãos não gostam”</i></p>

<p>Prática familiar pouco saudável</p>	<p>B1</p> <p>✓ “Não costumo comer sopa ao jantar porque já comi na escola e o meu pai também não faz. Em casa como menos do que na escola mas mais vezes. Aqui na escola como mais como deve ser.”</p> <hr/> <p>B3</p> <p>✓ “A minha mãe faz imensos doces depois da refeição”</p> <p>✓ “È quase impossível eu fazer dieta naquela casa...a minha mãe faz ovos moles, faz mil e uma coisas...ela também é gulosa e faz para ela e está lá”</p>
<p>Não encorajamento</p>	<p>B3</p> <p>✓ “De vez em quando ralha comigo mas não me obriga a comer”</p> <p>✓ “Ao jantar como o que a minha mãe faz, mas não como sopa. Carne, massa, arroz, peixe”</p>
<p>Indisponibilidade em casa</p>	<p>B3</p> <p>✓ “Eu como por gosto...estou a refletir pela primeira vez...talvez oportunidade...porque em casa nunca se faz. Como quando vou ao restaurante. Se quisesse fazer não tinha para o fazer”</p>
<p>Acomodação</p>	<p>B3</p> <p>✓ “se eu acordar às 10h, 11h, o meu pai só acorda às três da tarde e então sou capaz de comer 3 vezes o pequeno almoço, seja pão ou cereais. Ao almoço não como nada ou como pão e só volto a comer ao jantar ou ao lanche...Não há o hábito de almoçar lá em casa. Almoço logo ao acordar...é sempre assim quer ao sábado quer ao domingo”</p>
<p>Os pais, ou pelo menos um deles, fomenta os hábitos inadequados ou encoraja-os</p>	<p>B3</p> <p>✓ “Se houver como, se não houver, ligo à minha mãe e peço para comprar”</p> <p>✓ “De manhã, o meu pai costuma ir ao padeiro, compra um folhado misto e eu costumo comer...”</p> <p>✓ “Aos sábados, se a minha mãe sair, se for a Coimbra, às vezes traz McDonalds se não, como esparquete com bacon”</p> <p>✓ “Se a minha mãe estiver por Coimbra até me pode trazer um hambúrguer para o lanche mas uma vez ou</p>

outra...chegou a ser uma vez por semana ...”

A influência por parte da mãe surge com mais frequência no discurso dos adolescentes, comparativamente ao pai.

De uma forma geral, os adolescentes entrevistados referem frequentemente as escolhas realizadas em contexto familiar, como assumidas igualmente em contextos fora do ambiente familiar: *“até gosto...antes nem gostava muito mas comecei a gostar...”*, *“escolho habitualmente coisas que têm a ver com a comida que eu costumo comer”*, *“...vai também por aquilo que eu estou mais habituada...”* ou *“sempre fui controlada pela minha mãe no que toca à alimentação, nunca me excedi com porcarias e habituei-me assim”*.

Categoria 5. Neofobia/neofilia

A novidade pode tornar um alimento mais atrativo. Esta situação é referida sobretudo pelos adolescentes com hábitos desadequados. Encontram-se relatos no grupo A1, mas que são indissociáveis das questões da preocupação com a saúde (“muito nutritivas”) ou surgem referenciadas como uma situação esporádica, não sustentável em continuidade e que parecem acontecer menos vezes relativamente ao *verbatim* dos adolescentes dos subgrupos B.

Não se registaram relatos neofóbicos.

Novidade atrativo, esquecer a saúde	como sem	A1 ✓ <i>Estranhamente, eu escolhia coisas que eu não comia e que são muito nutritivas.</i>
Novidade atrativo esporádico, incapacidade para continuidade	como muito para	A1 ✓ <i>Gosto de comer de vez em quando isso, mas não conseguia comer sempre, não estou habituada a esse tipo de comida.</i>
Novidade atrativo surge oportunidade	como quando	B1 ✓ <i>Normalmente quando é fora vou sempre para aqueles pratos diferentes. O que eu não faço em casa, pronto.</i>
		B2 ✓ <i>Porque é uma comida que não se faz muito regularmente em minha casa. Tem os ingredientes que eu gosto e que</i>

	<i>a minha mãe tende a não pôr.</i>
	B3
	✓ <i>O MacDonalds...é diferente é assim uma vez por semana.</i>

Categoria 6. Dinâmica (envolvimento ativo em tarefas ou momentos de ócio)

Estar num período de descanso, em casa e ao fim de semana, é apresentado como potenciador de escolhas menos adequadas ou de consumo de alguns alimentos em maior quantidade. Este tipo de conteúdo foi encontrado em todos os grupos de adolescentes.

O fator disponibilidade em casa não se pode dissociar do facto da inércia ou estadia prolongada em casa, em períodos de fim de semana, férias ou de estudo, promover a procura mais frequente e faseada de alimentos, assim como de determinados alimentos que, existindo em casa, são procurados pelos adolescentes.

Inércia, estar em casa, potenciador de pensamento e impulso de comer	A1
	✓ <i>Quando estou em casa sem fazer nada parece que estou sempre a comer...de 5 em 5 minutos lá vou à cozinha, mas é em poucas quantidades. Se estiver a estudar também...estou sempre a pensar em comer.</i>
	✓ <i>Quando estou sozinha penso mais nisso e com pessoas ou entretida, fora de casa, já não me lembro.</i>
	A2
	✓ <i>Ao domingo, como não faço nada, não me apetece fazer nada...só me apetece comer.</i>
	B1
	✓ <i>Quando estou em casa, costumo comer pouco nas refeições, mas estou sempre a comer.</i>
	✓ <i>Como mais ao fim de semana. Porquê? Não sei, estou em casa e tenho menos o que fazer.</i>
	✓ <i>Quando estou parada...sem fazer nada...sentada, mais em casa.</i>
	B2
	✓ <i>Enquanto ao fim de semana, como é sedentário, estou assim, sentada, posso ir buscar um pacote de bolachas...ainda por cima estou no sofá...quando estou</i>

	<p><i>no sofá gosto de comer...comer e comer...</i></p> <p>✓ <i>Quando estou a ver televisão é quando sinto mais isso. Quando estou a estudar.</i></p> <hr/> <p><i>B3</i></p> <p>✓ <i>Em casa. À semana, com este estilo de vida acelerado não acontece tanto. Não me dá tempo para ir à tentação...</i></p> <p>✓ <i>Se estiver em casa, a ver tv já só penso nisso.</i></p> <p>✓ <i>...quando estou em casa se tiver alguma coisa assim diferente, quando não tenho nada para fazer...já foi.</i></p>
<p>Atividade/tarefas como afastando o impulso de comer</p>	<p><i>A1</i></p> <p>✓ <i>Quando estou sozinha penso mais nisso e com pessoas ou entretida, fora de casa, já não me lembro.</i></p> <hr/> <p><i>B2</i></p> <p>✓ <i>Acho que durante a semana estamos muito atarefados, eu por exemplo, tenho muitas atividades e então praticamente esqueço-me de comer...</i></p> <hr/> <p><i>B3</i></p> <p>✓ <i>À semana, com este estilo de vida acelerado não acontece tanto. Não me dá tempo para ir à tentação...tenho que estudar e o que fazer.</i></p> <p>✓ <i>.se o meu ritmo se acelerar muito, isso passa-me da ideia, distraio-me e já não penso nisso.</i></p>
<p>Estudar</p>	<p><i>B3</i></p> <p>✓ <i>Na maior parte das vezes é quando estou a estudar. Tenho que estar sempre a comer alguma coisa se não, não consigo estar atento.</i></p>
<p>Lazer associado ao fim de semana</p>	<p><i>A2</i></p> <p>✓ <i>Aos fins de semana...como mais, tipo mais para dar gosto, como mais tipo ...como um bolo ou assim...e faço uma alimentação “mais livre”.</i></p>

Categoria 7. Custo

O preço dos alimentos é referido raras vezes como determinante das escolhas. Quando é referido, entende-se que atua como um reforço da escolha já fortemente determinada por outros fatores.

Preço limita quer o acesso a escolhas saudáveis (restaurante ao invés de fastfood), quer o acesso a escolhas pouco saudáveis	A1
	✓ <i>...também é mais barato, poupo um bocadinho</i>
	B1
	✓ <i>E os restaurantes não são muito acessíveis...</i>
	B3
	✓ <i>E o bacalhau está um bocadinho caro. Há que pensar por todos.</i>
	✓ <i>Em passeio raramente o meu pai leva dinheiro...como se sabe, está mau e os meus pais não o fazem.</i>
	✓ <i>Não há dinheiro e depois, sei que faz mal. Uma ou duas vezes por mês e chega.</i>

Categoria 8. Disponibilidade**Subcategoria 8.1. Disponibilidade**

Não são evidentes diferenças acentuadas ao nível do discurso dos adolescentes dos vários grupos, no que se refere ao fator disponibilidade.

Adolescentes com hábitos adequados (EHA superior ou igual a 160), grupo A (A1 e A2), referem mais frequentemente a indisponibilidade como impeditiva da concretização dos bons hábitos.

No grupo A1, a indisponibilidade surge como algo que pode limitar as opções saudáveis, mas que os adolescentes tentam colmatar. Nos restantes casos, a indisponibilidade surge como limitando o acesso a opções menos saudáveis, mas desejadas.

Note-se que, ao nível dos adolescentes do grupo A1, o discurso refere-se a formas de criar disponibilidade de alimentos mais saudáveis e apreciados. Este tipo de discurso é inexistente nos restantes grupos. Alguns referem tentativas de colmatar essa dificuldade. Frequentemente lamentam esse entrave. Já os adolescentes dos restantes grupos, de hábitos desadequados, chegam a referir optar por hábitos saudáveis apenas porque não existem disponíveis alimentos mais do seu agrado.

O fator disponibilidade é referenciado em maior número de vezes pelos adolescentes com hábitos desadequados (grupo B3), quer em número de elementos do grupo, quer em número de referências por cada um deles.

Alimentos disponíveis/ indisponíveis	A1
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Se tiver em casa como uma maçã outra vez.</i> ✓ <i>Depende, se houver sopa prefiro comer sopa com alguma coisa a seguir</i>
	A2
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Talvez quando vou passear a algum lado, não tenho acesso aquela comida mais saudável. Quando saio estou mais em contacto com comida mais...</i> ✓ <i>Aqui estou mais condicionada...a comida do colégio e o que trago...em casa tenho uma variedade maior e consigo comer mais coisas.</i>
	B1
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Como pão quando não há croissants.</i>
B2	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>...se eu tiver fome como ou um pacote de bolachas ou vou à pastelaria comprar um bolo.</i> ✓ <i>Conforme, se puder fazer, se calhar decido comer. Quando não há, tento substituir por outra coisa.</i> ✓ <i>Se estiver disponível como.</i> ✓ <i>Muitas vezes é fácil porque nem só aquilo que eu quero há em minha casa. O chocolate é muito raro haver. Só nestas alturas de páscoa, natal...e quando há a minha mãe esconde-o porque o meu irmão come-o todo e eu nunca tenho acesso. Mas por exemplo batatas fritas, quando eu sei que há lá batatas de pacote, é muito difícil eu conter-me para não o comer só que de vez em quando como outras coisas que sei que me vão saber bem para evitar...</i> ✓ <i>Quando eu estou sozinha em casa e sei que tenho assim ali tudo à disposição é que me apetece. Vou à despensa, pego na caixa de cereais, mas depois vejo uma lata de salsichas e apetece-me fazer um cachorro e como não está ninguém em casa aproveito...</i> 	

	<p>✓ <i>Em casa, é aquela base...é o que está é o que se come.</i></p> <hr/> <p>B3</p> <p>✓ <i>Em casa, tenho lá à disposição, como...</i></p> <p>✓ <i>Se houver como. Se não houver procuro pela minha casa porque a minha mãe costuma esconder as coisas.</i></p> <p>✓ <i>O ano passado também ia lá fora quando não gostava da comida...ia à pastelaria e comia um bitoque ou uma sandes com panado.</i></p> <p>✓ <i>A disponibilidade. À partida como...se estiver à mão...</i></p>
<p>Indisponibilidade com tentativa de colmatação da mesma</p>	<p>A1</p> <p>✓ <i>Ao almoço, às vezes almoço na escola mas muitas vezes eu faço qualquer coisa com atum ou com sardinhas porque não tenho almoço em casa, compro e faço eu mesma. E também compro sempre as misturas de vegetais. Ou então faço eu mesma as misturas de vegetais para acompanhar...</i></p> <p>✓ <i>A passeio, habitualmente levo de casa, porque habitualmente sei que dificilmente vou encontrar alguma coisa que possa comer sem ter que...</i></p>

Subcategoria 8.2. Oportunidade

No grupo A1, de hábitos adequados, bom padrão de atividade física, boa perceção de autoeficácia e sem risco de patologia alimentar, não existem referências a comportamentos impulsivos. No grupo A2, de adolescentes com hábitos adequados, mas com risco de desenvolver patologia de comportamento alimentar, regista-se alguma tentativa de resistir ao impulso. Os adolescentes referem os acontecimentos impulsivos como algo ocasional, frequentemente associado a contextos de saída ou passeio.

Já os adolescentes integrantes do grupo B2, de hábitos alimentares inadequados, com risco de patologia e bom padrão de atividade física, referem o impulso como uma situação mais habitual, eventualmente associado a algumas horas do dia. Neste grupo, não se encontram referências a tentativas de resistir à oportunidade e impulso de lhe ceder. Ainda neste grupo, surgem referências a visualização como promotora do impulso e ao emergir de uma vontade que é necessário satisfazer.

No grupo B3 notam-se bastantes referências a um comportamento deveras impulsivo, espontâneo, em que um estímulo acarreta a tentativa imediata de satisfazer um desejo.

<p>Motivada pela visualização</p>	<p>A2</p> <p>✓ <i>Olho para uma montra de um café e quero aquele bolo e como. Sei que é o organismo que está a precisar.</i></p>
	<p>B1</p> <p>✓ <i>Quando a vejo ...</i></p>
	<p>B2</p> <p>✓ <i>Como se calhar quando vejo alguém a fazer ou alguma coisa feita. Chama a atenção.</i></p>
	<p>B3</p> <p>✓ <i>Posso ir no carro da minha mãe, vejo qualquer coisa e também dá vontade...</i></p> <p>✓ <i>Quando a vejo! Se eu estiver a pensar: agora é que eu comia um kinder..., mas estava a pensar aí uns 10 minutos, mas depois esquecia-me. Agora, se o ver durante 10 minutos, é que como ou vou buscar.</i></p>
<p>Tentação inibida (acompanhada de tentativa de resistir)</p>	<p>A2</p> <p>✓ <i>Quando me apetece mesmo...tento resistir um bocado, mas às vezes é difícil...depende das coisas...se for um bolo, que me apeteça mesmo, tento escolher um menos...</i></p>
<p>Tentação desinibida (não acompanhada de tentativa de resistir)</p>	<p>B1</p> <p>✓ <i>Às vezes não tenho vontade de comer, mas apetece-me comer...tipo, à hora de lanche é o que me acontece mais...parece que não tenho fome, mas apetece-me comer...e então como. Pode ser psicológico...apetece-me, é psicológico, apetece-me...em casa. Chego a casa e como.</i></p> <p>✓ <i>Se eu quero muito...vou comprar e como. É um vício. Mesmo que não tenha fome acho que como.</i></p> <p>✓ <i>Às vezes dá muita vontade de comer um doce...Bolachas bolos e começa a apetecer.</i></p> <p>✓ <i>Habitualmente como. Se for alguma coisa que tenha em</i></p>

casa vou logo comer. Se não tiver, compro no dia a seguir. Fico mesmo com vontade.

- ✓ *...é por me lembrar...e lembro-me em qualquer situação, até posso estar numa aula e de repente começa a apetecer-me...depois chego a casa e tenho que ir comer.*
- ✓ *McDonalds é ...parece que vicia. Nem é que tenha um sabor bom..., mas apetece...é bom. Não ficamos satisfeitos durante muito tempo também é verdade, mas naquela altura sabe bem.*

B2

- ✓ *Costuma passar depois a vontade, mas às vezes apetece-me outra vez e já nem consigo mesmo e aí...*
- ✓ *Como um chocolate depois de almoço...de vez em quando...quando há mesmo aquela vontade*
- ✓ *Eu quando tenho muita vontade de comer uma coisa...eu como mesmo. Porque depois fico a pensar naquela coisa e é pior...quando vou querer comer novamente aquilo acho que já como mais do que aquilo que poderia ter comido quando me apeteceu pela primeira vez.*
- ✓ *Quando vou passear dá-me vontade de comer tudo até fastfood, mas não passeio muitas vezes.*

B3

- ✓ *Fora das refeições como bastantes doces. Fora das refeições é algo tão espontâneo que quando dou por mim já estou a meter a bolacha à boca.*
- ✓ *...se me está a apetecer, tenho q comer.*
- ✓ *À partida como...se estiver à mão...*
- ✓ *Se me der uma vontade enorme sou capaz de ver se nos últimos dias já comi demais daquilo...penso...se não, como.*

Categoria 9. Preferências alimentares**Subcategoria 9.1.** Palatabilidade

Nos grupos A1 e A2, de hábitos alimentares adequados, encontram-se menos referências a gosto por alimentos do tipo *fastfood*. Há mesmo referência ao facto de não apreciarem este tipo de alimentação. Surge frequentemente referência a gosto (preferência) por peixe, sopa, legumes e fruta. Referem que as sensações de bem-estar estão associadas aos bons hábitos.

Já os adolescentes dos restantes grupos referem não gostar de sopa, peixe e legumes.

Há mesmo uma clara oposição entre estes relatos, no que respeita ao consumo destes três grupos de alimentos por parte dos adolescentes dos grupos opostos de hábitos.

É também frequente a referência ao gosto pelo *fastfood* por parte dos adolescentes integrantes dos grupos com piores hábitos alimentares.

No grupo B3 surge a referência aos hábitos inadequados também ao nível dos horários e padrão de distribuição das refeições.

Palatabilidade	A1
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Fastfood só de vez em quando e não é o que mais gosto.</i> ✓ <i>Ao lanche como uma banana (que eu gosto muito de banana)</i> ✓ <i>Gosto...bolachas de soja com aveia também me sabe bem...</i> ✓ <i>Peixe, porque eu adoro peixe, grelhado...adoro sopa de peixe, é das coisas que mais gosto...</i> ✓ <i>...se pudesse...eu gosto mais de peixe do que de carne, mesmo gostar, mas a minha mãe faz habitualmente sempre uma refeição de peixe e uma de carne...para equilibrar.</i> ✓ <i>Ah! Eu não gosto. Por isso é que eu não vou comer fora, porque não gosto.</i> ✓ <i>Eu não sou adepta de vinagre e aqui colocam muito vinagre na salada e por isso às vezes não levo a salada.</i>
	A2
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Eu como muita sopa...por isso o que como mais é a</i>

	<p><i>courgete (porque lá em casa a sopa não leva batata) e adoro alface.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Eu acho que estou bem. Tirando o facto de achar que comer muita quantidade às vezes...quando gosto de uma coisa...às vezes dou mais valor a um bom prato de comida tradicional do que depois um doce.</i> ✓ <i>...sumo, gosto muito de sumo...chocolate não como muito</i> ✓ <i>Sei lá...McDonalds...e pizza e essas coisas...gosto. É um bocado difícil resistir.</i>
	<p>B1</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Acho que ao comer fora de casa, centro comercial...é sempre comida de plástico e isso é pouco saudável, mas gosto e acho que isso é normal.</i> ✓ <i>Raramente como sopa porque não gosto muito de sopa. Nem de legumes...</i>
	<p>B2</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Às vezes sim, quando gosto. Eu não sou também muito adepta de sopa...</i> ✓ <i>McDonalds...adoro aquela comida.</i> ✓ <i>...bebo um sumo que eu não gosto muito de leite.</i>
	<p>B3</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Ao jantar...raramente como sopa. A minha tia costuma fazer sopa, mas eu não gosto muito de sopa. Quando é peixe, eu não como muito. Sou capaz de não comer muito e depois como bolachas, leite...quando é carne, costumo comer à maluca.</i> ✓ <i>A minha tia é que costuma cozinhar. E por exemplo, se for sopa de feijão até sou capaz de comer vários dias seguidos, quando temos. Bacalhau à Brás, que é peixe, é o meu favorito e já costumo comer muito.</i> ✓ <i>Se eu gostar muito do chocolate...então como.</i> ✓ <i>O ano passado também ia lá fora quando não gostava da comida...ia à pastelaria e comia um bitoque ou uma sandes com panado.</i> ✓ <i>Na escola não como muito porque a maior parte das vezes não gosto da comida. Como menos, sou esquisito.</i>

Subcategoria 9.2. Hábitos

Muitas vezes, as preferências assentam no facto de o adolescente estar familiarizado com determinados sabores e escolher habitualmente os mesmos alimentos.

Preferências associadas ao hábito	A1
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Escolho habitualmente coisas que têm a ver com a comida que eu costumo comer.</i> ✓ <i>Vai também por aquilo que eu estou mais habituada... em termos de carnes, não gosto nada de carne de vaca, mas carne de porco e de aves...gosto mais.</i> ✓ <i>Já gostei, mas agora não tenho assim tanta vontade de comer...acho que uma pessoa quando se deixa disso chega a um ponto que já nem tem necessidade...</i> ✓ <i>Gosto de comer de vez em quando isso, mas não conseguia comer sempre, não estou habituada a esse tipo de comida.</i>
	A2
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>...no que toca à alimentação nunca me excedi com porcarias e habituei-me assim.</i> ✓ <i>Aliás, batatas fritas como normalmente à quarta-feira porque é aquele dia em que não almoço aqui, vou a casa dos meus avós e sempre aquela comidinha boa...</i> ✓ <i>...sempre fui habituada a ter um regime alimentar mais controlado e como às vezes muito, mas não são coisas muito...não são grandes abusos e não faço sacrifícios, sinto-me bem.</i>
B1	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Até gosto...antes nem gostava muito, mas comecei a gostar...</i> 	
B3	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Não tomo o pequeno-almoço. Habituei-me...</i> 	

Categoria 10. Humor/stress

Todos os grupos apresentam referências ao *stress*, ansiedade e humor como moduladores do consumo de determinados alimentos. Alguns adolescentes referem perda de apetite mas, a maioria, refere o consumo por vezes compulsivo de alimentos

menos saudáveis. O alimento mais habitualmente referido é o chocolate. Um adolescente do grupo A2 refere: - "...quando estou triste, como lasanha, quando não estou, como o peixe".

<p>Humor/stress condiciona a ingestão ou perda de apetite</p>	<p>A1</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Quando estou em baixo. Posso usar a alimentação para compensar. ✓ Oh! Stress...stress. Conseguir controlar isso durante muito tempo e até estava a perder peso, mas depois voltei a ter o problema nas mãos que é uma coisa que me deixa mesmo muito chateada e cheia de stress e um bocado depressiva e durante uma altura... ✓ ..., mas durante uma semana comia...às vezes nem tinha fome nem vontade, mas comia quase por raiva...isso ultimamente tem-me acontecido muito! Até mesmo por causa do estudo, fico mais stressada... ✓ A nervosismo, ansiedade e depois frustração quando eu comecei naquela fase de frustração por não me ter controlado, e porque depois engordava e ...eu comecei depois stressar por causa disso ✓ Porque eu stresso muito por causa dos testes e assim...tira o apetite.
	<p>B3</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Com o stress até fico sem fome. ✓ Quando estou chateado até nem me dá para comer.
<p>Humor/stress condiciona o tipo de alimento ingerido</p>	<p>A1</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Porque eu não sabia o que era, mas pelos vistos é mesmo um distúrbio que nos faz associar os nossos sentimentos negativos à comida, principalmente hidratos de carbono, doces, e que faz com que quando nos sentimos pior, ataquemos nesses hidratos de carbono, doces e então, quando isso me aconteceu, que foi há cerca de um ano, tinha mesmo episódios de comer muito, normalmente sem ninguém ver, portanto quando estivesse sozinha e ficava mesmo cheia e tudo isso. ✓ Gostava ...eu...é muito difícil para mim resistir a doces e eu tenho um bocado de problemas...já tive episódios

	<p><i>de...fome emocional</i></p> <p>✓ <i>...ou então quando estou...mais em baixo talvez...também tenho aquela necessidade de comer e...principalmente guloseimas, batatas fritas...e pronto...</i></p>
	<p>A2</p> <p>✓ <i>Entre me darem um peixe e uma lasanha, quando estou triste como lasanha quando não estou como o peixe.</i></p> <p>✓ <i>Dá. Por exemplo, quando estou mais triste dá-me vontade de comer chocolate preto, adoro.</i></p>
	<p>B3</p> <p>✓ <i>Talvez o chocolate quando não estou tão bem-disposto. Quando estou mais em baixo, um chocolate ou umas bolachas...</i></p>

Categoria 11. Tempo disponível

Os adolescentes com melhores hábitos alimentares associam a fruta e cereais a maior rapidez, ao invés dos restantes, que nunca associam fruta ou legumes a maior rapidez de ingestão. Salvo a classificação da cantina como fornecendo uma dieta mais completa e saudável, mas limitadora em termos de tempo exigido para que se recorra à mesma, a noção de comer “mais rápido” assume formas diferentes.

O maior tempo disponível surge sobretudo como potenciador de uma alimentação saudável, mas também como potenciador do consumo de alimentos do tipo *fastfood* ou guloseimas.

Maior rapidez de ingestão	<p>A1</p> <p>✓ <i>Como mais fruta e cereais. É mais rápido.</i></p>
	<p>A2</p> <p>✓ <i>Às vezes bife para despachar...</i></p>
	<p>B1</p> <p>✓ <i>Depois o almoço depende das horas a que chego a casa. Se chegar por exemplo, entre a uma e as duas, faço arroz com carne ou massa com carne. Se não como leite com cereais.</i></p>

	<p><i>B2</i></p> <p>✓ <i>Durante a semana estamos muito atarefados, eu por exemplo, tenho muitas atividades e então praticamente esqueço-me de comer e quando como, como uma coisa assim mais leve...mais rápida.</i></p> <hr/> <p><i>B3</i></p> <p>✓ <i>Em casa a refeição é mais completa. No refeitório ou a passeio se calhar é mais fraco, uma sandes ou...uma coisa mais rápida.</i></p>
<p>Falta de tempo para comer</p>	<p><i>A1</i></p> <p>✓ <i>Nunca me lembrei de trazer alguma coisa para comer a meio da manhã, depois ao almoço é o que é na cantina ou então tenho que ir ao bar quando não tenho tempo para comer na cantina e opto sempre por uma sandes ou então um lanche</i></p> <p>✓ <i>Sim, uma vez por semana, o resto vou a casa ou quando não posso, tenho que comer aqui no bar.</i></p> <p>✓ <i>O que eu prefiro é optar pela cantina, mas quando não posso mesmo...só pelo horário.</i></p> <hr/> <p><i>A2</i></p> <p>✓ <i>Fastfood não costumo ir muitas vezes. Só quando tiver mais pressa...</i></p> <p>✓ <i>Às vezes, quando estou com mais pressa não consigo fazer o pequeno-almoço, mas depois como...</i></p> <hr/> <p><i>B1</i></p> <p>✓ <i>À terça vou lá fora porque a fila é muito grande.</i></p> <p>✓ <i>Gosto (de McDonalds) mas não... é rara a vez que eu vou. Não vou porque não tenho tempo de ir!</i></p> <p>✓ <i>Então...comer mais ..., mas é um pouco complicado por causa dos horários porque eu só vou comer às 3 da tarde...chego às duas...só às 3 é que o comer está feito, não vou comer para depois lanchar às seis para depois jantar às oito...</i></p> <hr/> <p><i>B2</i></p> <p>✓ <i>Isto só como quando tenho jogos ou quando tenho que</i></p>

	<p><i>me despachar para ir a algum sítio e a minha mãe não teve tempo de fazer o almoço antes. É mais para prevenção.</i></p> <p><i>B3</i></p> <p>✓ <i>...sopa só na escola porque não há tempo lá em casa.</i></p>
<p>Mais tempo disponível para comer</p>	<p><i>A1</i></p> <p>✓ <i>Ao pequeno-almoço como mais comida porque tenho mais tempo...</i></p> <p>✓ <i>Depende. Por exemplo, à quinta-feira é quando me apetece mais chocolate. Porque a quinta-feira é quando tenho a hora de almoço mais livre e então é quando saio com os amigos, vamos ao D.V. e depois é...ah! Vamos ao Jumbo comprar um chocolate...para passar o tempo e tal e cedo um bocadinho. Ao fim de semana é a mesma coisa.</i></p> <hr/> <p><i>A2</i></p> <p>✓ <i>Sei lá...apetece-me batatas fritas ou assim e como. É mais o descanso...</i></p> <p>✓ <i>Normalmente...quando eu não saio de casa à pressa, como cereais com leite de manhã e depois metade de um pão com fiambre e um pacote de leite simples a meio da manhã.</i></p> <hr/> <p><i>B1</i></p> <p>✓ <i>Em vez de comer os cereais já como umas torradas como tenho mais tempo... já como com mais calma, como as torradas.</i></p> <hr/> <p><i>B3</i></p> <p>✓ <i>Comemos mais peixe no Porto do que cá. Temos mais tempo...</i></p>

5.3.2. Análise relativa à atividade física

A partir das entrevistas analisaram-se as seguintes categorias:

Tabela 14. Categorias obtidas a partir da análise das entrevistas (atividade física)

Categoria 1 - Preocupação com a saúde física e mental
Categoria 2 – Sensações de bem-estar
Categoria 3 – Preguiça como limitadora
Categoria 4 – Companhia de amigos ou familiares
Categoria 5 – Tempo disponível para atividade física

Categoria 1. Preocupação com a saúde física e mental

Todos os adolescentes referem o conhecimento dos benefícios da atividade física para o bom estado de saúde. Ao nível do grupo B3, de hábitos alimentares desadequados, verifica-se um discurso relativo a uma preocupação com a saúde com menor tradução em atividade efetiva.

Preocupação efetiva	A1
	✓ <i>Por causa da saúde, no futuro.</i>
	✓ <i>Por uma questão de saúde, é importante...não só porque o tal keep fit, manter o nosso corpo dentro dos valores mas também uma questão de desenvolvimento do musculo e assim...quando uma pessoa é muito sedentária fica um bocadinho...os músculos habituem-se aquele sedentarismo e então ficam atrofiados,...</i>
	A2
	✓ <i>Sei lá...para estimular o corpo e acho que faz bem à parte cardíaca. Saúde também, ganhamos resistência a nível respiratório.</i>
	B1
	✓ <i>Para combater doenças e manter a forma...</i>
	B2
	✓ <i>Porque previne bastante as doenças do coração, pulmões... ajuda a que o organismo trabalhe melhor e</i>

	<p><i>mantém a forma e também ajuda ao equilíbrio mental.</i></p> <p>B3</p> <p>✓ <i>Para manter o meu corpo equilibrado</i></p>
<p>Conhecimento sem tradução efetiva na prática</p>	<p>B1</p> <p>✓ <i>...saúde, mas eu não...é uma coisa que não ligo muito.</i></p> <p>B3</p> <p>✓ <i>...já tentei praticar...mas desisto sempre.</i></p> <p>✓ <i>Por causa da saúde...não penso, mas sei que é importante.</i></p> <p>✓ <i>Faz bem às articulações e a tudo. Já tentei praticar futebol mas desisto sempre. Horários é muito complicado. Até gostava. De vez em quando apetece-me mas a escola ocupa muito tempo e já chego cansado a casa.</i></p>
<p>Perda de peso corporal</p>	<p>.A1</p> <p>✓ <i>...também é importante perder peso para ser saudável.</i></p> <p>A2</p> <p>✓ <i>Para emagrecer.</i></p>
<p>Desempenho académico</p>	<p>A1</p> <p>✓ <i>...depois até estudo melhor...</i></p> <p>B2</p> <p>✓ <i>...até as minhas notas na escola eram muito melhores</i></p>

Categoria 2. Sensações de Bem-estar

Intimamente relacionada com a preocupação com a saúde, concretamente com a saúde mental, encontra-se a sensação de bem-estar. A maioria dos adolescentes refere-a como um dos principais motivadores da continuidade da prática.

<p>Ausência de percepção de associação entre prática de atividade física e bem-estar</p>	<p>B1</p> <p>✓ <i>Não, não noto a falta (de uma atividade física regular).</i></p> <p>B3</p> <p>✓ <i>Não (sinto diferença)</i></p> <p>✓ <i>É igual (praticar ou não educação física)</i></p>
<p>Bem-estar percecionado</p>	<p>A1</p> <p>✓ <i>Ser capaz de fazer as coisas, sentir-me melhor</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>O bem-estar é uma boa motivação.</i> ✓ <i>O exercício físico, para mim, é como anestesia...depois de fazer exercício físico fico muito mais feliz e quando faço exercício às seis da manhã chego à escola com mais disposição que é muito estranho...podia ficar cansada mas mesmo que eu faça uma hora fico cheia de energia...</i> ✓ <i>Faz-me bem. Quando faço exercício até saio de lá melhor...da piscina.</i> ✓ <i>É uma forma de relaxar, tirar o peso...o stress...não me importo de tirar uma hora ou 45 minutos do estudo para ir correr ou natação...sinto-me mais aliviada e mais relaxada.</i> ✓ <i>Sinto-me bem...</i> ✓ <i>Sim, Eu sinto-me bem a fazer exercício físico... não sei...ajuda-me no meu dia a dia...</i>
	<p>A2</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Sinto-me melhor...</i> ✓ <i>...gostava de não sentir alguma fadiga. Noto isso relativamente a quando tinha atividade física.</i>
	<p>B1</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Sentir-me-ia melhor, se praticasse...</i>
	<p>B2</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>...fico fresca por dentro.</i> ✓ <i>Sinto diferença...</i>
	<p>B3</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Posso cansar-me mas gosto mais...apetece-me e vou treinar. Se estiver a estudar, nem q não me apeteça treinar, vou ao treino na mesma. Se estiver na playstation, até vou. Quando lá chego já me dá vontade de jogar e sinto-me melhor depois do treino. Até parece que tomo uma vacina e começo a gostar do treino. Gosto de fazer exercício físico.</i> ✓ <i>Sinto. Sinto aquela, qualquer coisa dentro de mim que me apetece fazer, faz-me falta. Já faço desde pequeno.</i> ✓ <i>O exercício alivia o stress e faz dormir em condições.</i> ✓ <i>Eu gosto! Para manter o meu corpo equilibrado.</i>

Categoria 3. Preguiça

Muitos adolescentes referem a preguiça como o fator limitador da prática. Os adolescentes cedem à inércia e não têm a iniciativa de procurar a prática de exercício físico.

Preguiça como limitadora da opção pela prática de atividade ou exercício físico	A1
	✓ <i>...foi difícil, e depois também estava muito frio e também há preguiça...</i>
	A2
	✓ <i>Caminhadas até fazia mais, mas dá um pouco de trabalho...</i>
	B1
	✓ <i>Se calhar por preguiça. Não sou muito pessoa de fazer exercício físico...Se eu tivesse alguma doença que tivesse que fazer...se o médico dissesse, eu poderia fazer mais...ou se engordasse muito mas acho que isso não vai acontecer.</i>
	✓ <i>Não sei...também é um bocado preguiça.</i>
	B3
	✓ <i>Sou preguiçoso, não me apetece.</i>
	✓ <i>Já tentei praticar futebol mas desisto sempre. Horários, é muito complicado. Até gostava. De vez em quando apetece-me mas a escola ocupa muito tempo e já chego cansado a casa.</i>
	✓ <i>Não sei, sabe melhor ficar em casa.</i>
	✓ <i>Gostava de fazer natação, só que gosto tanto de ficar em casa...é esquisito. Talvez no verão...é a preguiça.</i>
	✓ <i>Se tivesse que ser...se tivesse alguma doença, se fosse mandado pelo médico. Ou só se pagassem...</i>

Categoria 4. Companhia de amigos ou familiares

Encontraram-se algumas (poucas) referências ao facto de a prática de atividade ou exercício físico se realizar sob influências de outrem.

Companhia de amigos ou familiares	A1
	B2
	B3

Categoria 5. Tempo disponível para atividade física

De uma forma geral, os adolescentes referem o tempo disponível como condicionante da prática de exercício físico ou de maior atividade física. O tempo disponível para além das aulas, o envolvimento noutras atividades e os horários disponíveis são referidos como limitando o acesso, sobretudo ao exercício físico.

Tempo disponível	A1
	A2
	B1

	<p>✓ <i>...desabituei-me por causa dos horários...</i></p>
	<p><i>B2</i></p> <p>✓ <i>Gostava de fazer mais exercício físico, de ter mais tempo para fazer exercício físico</i></p>
	<p><i>B3</i></p> <p>✓ <i>Se tivesse mais tempo gostava de praticar mais.</i></p> <p>✓ <i>...não faço, pelo cansaço e pelo tempo...</i></p> <p>✓ <i>Não tenho tempo. Tenho a vida muito ocupada.</i></p>

Capítulo VI. DISCUSSÃO

1. TIPO DE ABORDAGEM E PRINCIPAIS DETERMINANTES ENCONTRADOS

Neste estudo, para caracterizar os fatores associados às escolhas alimentares e de atividade física de adolescentes portugueses, foram usados métodos quantitativos seguidos de métodos qualitativos, por forma a tentar compreender melhor o fenómeno em estudo.

A abordagem quantitativa permitiu analisar determinantes biológicos e sociodemográficos, como sexo, idade e escalão socioeconómico. Caracterizaram-se os hábitos, o risco de patologia do comportamento alimentar e a autoeficácia. Pela abordagem qualitativa, investigaram-se sobretudo os fatores de índole social e os determinantes de alimentação e atividade física sob a apreciação dos próprios adolescentes.

Para análise qualitativa foram selecionados os adolescentes com padrões opostos de hábitos. Matos e Gonçalves (2000) aplicaram a referida metodologia para estudo de dois grupos com características contrastantes de mulheres vítimas de maus tratos, com diferentes posturas face à experiência traumatizante. Não foram encontrados outros trabalhos com este tipo de abordagem.

A Escala de Hábitos Alimentares (EHA) revelou uma boa consistência interna (para a escala total), embora com consistência interna mais fraca para algumas das suas subdimensões (explicável também pelo facto de estas dimensões terem poucos itens). De uma forma geral, os valores de consistência interna encontrados estão alinhados com os encontrados por Marques *et al* (2011). A escala EHA apresenta algumas limitações que decorrem do seu processo de validação e uso ainda limitado. Este trabalho reforça a possibilidade de recurso a esta escala para análise dos hábitos alimentares, tendo-se obtido um alpha de Cronbach de 0,81.

Na amostra total estudada, os adolescentes apresentaram, por preenchimento da escala de hábitos alimentares, classificações mais elevadas na dimensão “variedade alimentar” e, mais reduzidas na dimensão “quantidade”, tal como obtido em outros estudos (Marques *et al*, 2011). As médias obtidas para cada dimensão da escala EHA aproximam-se das já encontradas na amostra estudada por Marques *et al* (2011) (quantidade: 3,107; qualidade: 3,244; variedade: 3,574; adequação: 3,297; na amostra agora em estudo: quantidade: 3,069; qualidade: 3,35; variedade: 3,77 e adequação: 3,53), apresentando valores ligeiramente mais baixos para a dimensão relativa à quantidade e, ligeiramente mais elevados para as restantes dimensões.

Em literatura recente, os fatores mais referidos como influenciadores das escolhas alimentares são o suporte parental, a pressão dos pares e a influência dos *mass*

media (Dalky *et al*, 2016). Na amostra em estudo, os determinantes que surgem com maior relevância, são, por ordem de número de referências e de número de adolescentes que referiram, os hábitos familiares, as preferências em termos de paladar, o conhecimento das regras de alimentação saudável e a disponibilidade. Estes fatores parecem estar sob a influência do sexo do adolescente que efetua as escolhas. Dos fatores mencionados, os referidos menos vezes foram o custo, situações de neofobia e neofilia, sensações de bem-estar e pressão familiar. Este tipo de determinantes surge também referido por Sleddens *et al*. (2015).

Para a atividade física, encontraram-se referências, por ordem decrescente quer de número de referências, quer por número de alunos que referiram, o bem-estar, a preocupação com a saúde, o tempo disponível, a companhia de amigos ou família e, como limitadora, a preguiça.

Na primeira fase do estudo, por análise quantitativa, investigaram-se eventuais determinantes biológicos, como o sexo e a idade e o escalão socioeconómico. Ao nível da idade e do escalão socioeconómico, não se observaram diferenças significativas. Há, neste caso, que guardar alguma cautela na análise dos dados considerando o reduzido número de adolescentes integrante de alguns grupos, quer relativamente à idade, quer relativamente ao escalão socioeconómico.

O recurso à comparação de discursos de grupos de adolescentes com hábitos especialmente antagónicos, corresponde a uma nova abordagem relativamente aos estudos já existentes.

2. INFLUÊNCIA DO SEXO SOBRE OS HÁBITOS ALIMENTARES E DE ATIVIDADE FÍSICA, ATITUDES E AUTOEFICÁCIA.

Um dos determinantes encontrados, com associação quer com o padrão de hábitos alimentares, quer com o padrão de atividade física, assim como com as atitudes alimentares e a autoeficácia geral, foi o sexo. Rapazes e raparigas apresentam atitudes e comportamentos diferentes em cada contexto. As raparigas tendem a assumir comportamentos alimentares mais saudáveis. Estas obtiveram melhor pontuação sobretudo ao nível da qualidade e quantidade alimentares. A maior quantidade de alimento ingerida pelos rapazes tem vindo a ser referida por outros estudos (Story *et al*, 2002).

Na amostra estudada, as raparigas apresentaram um menor consumo de fibras e menor consumo diário de água e os rapazes referiram maior consumo de *fastfood* e alimentos salgados em geral, assim como maior consumo de doces. O maior consumo

de *fastfood* e alimentos ricos em gordura, por parte dos rapazes tem sido também reportado em vários estudos (Story *et al*, 2002).

Questões hormonais podem explicar parcialmente algumas diferenças. Verificou-se que as fêmeas de várias espécies apresentam uma menor ingestão e apetência por gordura, sob a ação dos estrogénios (Cabraia, 2004). Quer as hormonas adrenais, quer as hormonas sexuais, foram descritas como podendo influenciar o comportamento alimentar também em humanos (*ibid.*).

Apesar de sem significado estatístico, neste estudo, as raparigas tendem a omitir mais frequentemente o pequeno-almoço, petiscam mais entre refeições e ingerem menor quantidade de peixes gordos. Também Dmitruk *et al* (2016) identificaram maior número de raparigas do que rapazes a omitir o pequeno-almoço.

Dmitruk, 2016, num estudo com adolescentes polacos dos 16 aos 19 anos, caracterizou hábitos alimentares e de atividade física, encontrando melhores hábitos de consumo de frutas e vegetais por parte dos rapazes, que consomem menos *snacks* entre refeições e *fastfood* e doces. Na nossa amostra são as raparigas que consomem mais frutas e vegetais. No entanto, o consumo de *snacks*, *fastfood* e doces foi também superior nos rapazes.

Pearson *et al* (2009), conjugando o estudo de padrões de atividade física e hábitos alimentares (com ênfase na frequência de consumo) de adolescentes dos 12 aos 16 anos, encontraram um baixo consumo de frutas e vegetais por parte dos adolescentes constituintes da amostra, sendo os rapazes a apresentar um consumo mais baixo. Quanto à omissão do pequeno-almoço, eram as raparigas que mais incorriam neste comportamento, tal como na nossa amostra. Os rapazes apresentavam maior índice de MVPA (Moderate to Vigorous Physical Activity). Este estudo é, em termos de resultados, semelhante com o que agora é apresentado, com os rapazes a assumirem um padrão de atividade física mais elevado.

Omitir o pequeno-almoço poderá ser visto como uma estratégia de perda de peso para as raparigas (Rashidi A. *et al*, cit por Pearson *et al*, 2009), podendo estar associado a comportamentos de risco de desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar.

Sexo e atitudes

Na nossa amostra o risco de desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar assumiu uma percentagem de 4,47%. Este valor pode considerar-se relativamente baixo, por comparação com o encontrado na literatura. Vários autores consideram percentagens inferiores a 9% como reduzidas (Flates *et al*, 2001,

Benavente *et al*, 2003). Um estudo português (Bento *et al*, 2011), realizado com adolescentes do 8º ao 12º ano de escolaridade, registou 4% de casos de atitudes alimentares de potencial risco. No referido estudo, tal como no apresentado neste trabalho, as raparigas apresentaram um maior número de casos relativamente aos rapazes (5,9% vs 1,7%), correspondendo a 3,5 vezes mais casos de risco nas raparigas. O presente estudo registou percentagens ligeiramente mais elevadas (6,8% de raparigas, contra 1,78% dos rapazes), correspondendo a 4 vezes mais risco nas raparigas.

Já Bento *et al*. (2011) registaram, presença de atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais em estudantes, sobretudo no sexo feminino. Em 2003, um estudo dos mesmos autores, com alunos de escolas de Coimbra, registara um predomínio de comportamentos de dieta e vômito autoinduzido no sexo feminino. Mais recentemente, (Mantilla *et al*, 2016), estudando uma amostra de adolescentes suecos, obteve resultados que apontam para *scores* mais elevados na escala EDE-Q de análise dos distúrbios alimentares, por parte das raparigas.

Provavelmente, as raparigas serão mais sensíveis às mensagens transmitidas pelos *media* e à influência dos pares relativamente à imagem que apresentam, o que terá que ser confirmado através de outros estudos.

Tendo em conta que os modelos culturais têm evoluído no sentido de ideais associados a mulheres muito magras, é exercida uma pressão social que acarreta uma preocupação exacerbada com o peso e comportamentos alimentares inadequados (Rojo *et al*, 2003).

Por outro lado, as raparigas experienciam níveis de *stress* mais acentuado na puberdade, devido às alterações fisiológicas, o que poderá estar também por detrás do desenvolvimento de comportamentos pouco saudáveis relativamente à alimentação (Merio *et al*, 1993).

Sobretudo nos países ocidentais a beleza física feminina está associada à magreza, enquanto o ideal de beleza masculina corresponde a um corpo mesomórfico, valorizando a massa muscular. Assim, os rapazes tendem mais a querer desenvolver a musculatura e aumentar o peso (McCabe *et al*, 2004). Os adolescentes, rapazes ou raparigas, que se afastem ou considerem afastar-se destes estereótipos, estão vulneráveis à insatisfação com o corpo e, conseqüentemente, a distúrbios do comportamento alimentar (Ibid.).

Sexo e autoeficácia.

A autoeficácia influencia a forma como os adolescentes efetuam escolhas ao nível alimentar e de atividade física (Pedersen *et al*, 2015). Na amostra em estudo, a uma autoeficácia mais elevada correspondem melhores hábitos alimentares e uma atividade física mais elevada/intensa.

A subdimensão relativa à resistência à adversidade será de extrema importância, motivando os jovens para a adoção de estilos de vida saudável. Esta subdimensão é a que apresenta maior significado estatístico na associação quer com os hábitos alimentares, quer com a atividade física sendo a subdimensão que apresenta menor diferença entre rapazes e raparigas.

No geral, as raparigas apresentam uma perceção de autoeficácia geral mais baixa apesar de apresentarem melhores hábitos alimentares. No entanto, na amostra total, quanto maior a autoeficácia, melhores os hábitos alimentares. Esta associação entre a perceção de autoeficácia geral e as escolhas alimentares é mais clara para os rapazes, encontrando-se associação significativa estatisticamente para todas as subdimensões da autoeficácia, enquanto nas raparigas a associação apenas assume significado estatístico para a subdimensão resistência à adversidade e, mais ligeiramente, para a iniciativa e persistência. Tendo-se verificado que o sexo, a par da perceção de autoeficácia geral, assumem papel significativo sobre os hábitos alimentares, podemos inferir que uma boa perceção de autoeficácia geral assumirá papel protetor sobre a tendência a manifestar piores hábitos alimentares que o sexo masculino apresenta, o que está de acordo com o facto da correlação entre hábitos alimentares e perceção de autoeficácia ser superior nos rapazes.

Nas raparigas, o facto de a resistência à adversidade estar associada à atividade física e, nos rapazes, a resistência à adversidade e a iniciativa e persistência, poderá apontar para diferentes motivações: as raparigas procuram lazer e bem-estar e os rapazes, devido à conceção do corpo masculino ideal, evidenciando um corpo musculado, optam por atividades mais vigorosas tendo como adjuvante essencial a persistência (Seabra, 2008).

O sexo modula igualmente o efeito de vários outros determinantes, o que será abordado nos próximos pontos.

3. ASSOCIAÇÃO ENTRE HÁBITOS ALIMENTARES, ATIVIDADE FÍSICA, ATITUDES ALIMENTARES E PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA.

A intenção e os comportamentos sedentários surgem frequentemente em estudos como sendo dos mais fortes determinantes dos comportamentos alimentares (Sleddens *et al*, 2015). Todavia, neste estudo não se encontrou associação entre hábitos alimentares e níveis de atividade física, tal como referido também por Dmitruk *et al* (2016). Confrontando os resultados globais obtidos por aplicação da EHA e do IPAQ, não se encontra relação evidente. Contudo, atividade física mais intensa está associada a maior consumo de fruta, maior consumo diário de água e maior consumo de carnes gordas.

Mais atividade física associa-se a maior risco de desenvolver patologia do comportamento alimentar e a maior autoeficácia. A correlação mais relevante existe entre a subdimensão de resistência à adversidade, seguida da iniciativa e persistência e por fim, da eficácia social. Nos rapazes, a correlação entre perceção de autoeficácia e atividade física é mais acentuada.

Os melhores hábitos alimentares encontram-se associados a uma melhor autoeficácia geral, que assume significado diferente consoante o sexo (ponto 2.). Possuir competências e características relacionadas com a iniciação e persistência, eficácia/resistência perante a adversidade e eficácia social, predispõe o indivíduo a escolhas mais saudáveis. Dotados daquelas capacidades, os adolescentes são capazes de optar mais saudavelmente e, possivelmente, de resistir melhor às opções menos saudáveis.

Existem mais casos de risco de desenvolver patologia do comportamento alimentar nos adolescentes com maior *score* (pontuação) do EHA. O maior risco em termos de motivação para a magreza e comportamentos bulímicos associam-se à pontuação mais elevada da EHA. Essa correlação já não se verifica para a pressão social para comer. Provavelmente, os *scores* mais elevados do EHA estarão, de facto, ligados a hábitos mais saudáveis, mas a escala não traduzirá, por exemplo, o nível obsessivo com que alguns poderão eventualmente ocorrer. Um adolescente preocupado de uma forma exagerada com o peso, poderá saber escolher os alimentos, limitando nomeadamente alimentos muito calóricos, obedecer ao cuidado de variar a sua alimentação, mas ter uma deficiente noção da quantidade a ingerir e atuar de uma forma que corresponda a algum risco de patologia do comportamento alimentar.

4. DETERMINANTES PERCECIONADOS PELOS ADOLESCENTES – HÁBITOS ALIMENTARES

4.1. VULNERABILIDADE (ATRIBUIÇÃO DE PAPEL RELEVANTE COMO CONTROLADOR DA SAÚDE)

4.1.1. Particularidades pessoais

Alguns adolescentes referiram problemas de saúde ou sensações desagradáveis em consequência da ingestão de determinado alimento, como condicionantes da seleção alimentar. Este tipo de afirmações é mais frequente nos adolescentes dos grupos de hábitos adequados. Podemos inferir que estes adolescentes apresentam maior consciência das limitações e impacto da alimentação sobre a sua saúde ou, o facto de apresentarem algumas condicionantes os terá impelido a executar escolhas mais adequadas do que aqueles que não apresentam qualquer problema associado ou influenciado pela alimentação. Em qualquer dos casos, estamos na presença de um determinante relacionado com a experiência ou vivências em termos de resposta aos alimentos. Este fator relaciona-se com a preocupação com a saúde, abordado a seguir ou ainda, ao fator *stress* e bem-estar.

4.1.2. Autorregulação e autocontrolo

A competência para autorregulação, isto é, o autocontrolo que inibe respostas indesejadas e impulsivas à tentação de consumir alimentos pouco salutogénicos ou de assumir comportamentos de inatividade ou ainda, recorrer a estratégias de planeamento e implementação de comportamentos tendo em vista vantagens a longo prazo (por exemplo, prevenção do ganho de peso), é essencial para a realização de escolhas saudáveis. Esta capacidade pode ser influenciada por disposições individuais e pelo desenvolvimento desde a infância permitindo regular a emoção e resistir à pressão, especialmente dos pares e, eventualmente procurar ajuda (Dirks *et al*, 2006; Matos *et al*, 2016). Ao avançar da infância para a adolescência a capacidade de autorregulação parece decair (Dirks *et al*, 2006).

Na amostra em estudo, nota-se uma tentativa e capacidade de autocontrolo maior nos grupos A1 e A2, correspondentes aos adolescentes de hábitos adequados.

Os adolescentes dos grupos A, tal como já referido nos resultados, assumem comportamentos de controlo, mais naturalmente, sem mal-estar associado ao esforço. Os adolescentes dos restantes grupos são mais impulsivos, cedendo com maior facilidade, frequentemente sem tentar resistir. As estratégias de controlo para os grupos A1 e A2 são patentes em referências como “...*mais pequenino, menos*

calórico”; ...”*andei a dividi-lo pela casa*”. Confirma-se assim que as estratégias autorreguladoras são usadas para o controlo da ingestão de alimentos.

Mesmo tendo conhecimento de regras de alimentação saudável, isto é, um bom nível de literacia em saúde, o que indubitavelmente é importante, traduzir este conhecimento para a ação pode muitas vezes falhar. A tentação e a influência dos pares podem exercer uma ação que nem sempre consegue ser superada (Matos et al., 2016).

As raparigas apresentam maior capacidade de controlo, maior capacidade de resistir à tentação, são mais centradas nos objetivos e mais atentas e preocupadas com a alimentação saudável. Talvez por isso, na amostra as raparigas tenham alcançado scores mais elevados na escala EHA, de hábitos alimentares.

4.1.3. Bem-estar

Os alimentos contribuem para diversas funções, para além do óbvio fornecimento de nutrientes. Assumem também significados simbólicos, estéticos, sociais, significados morais e afetivos para o consumidor, com impacto emocional, nas relações sociais e na satisfação com a vida (Canetti et al, 2002; Schnettler et al, 2015)

Encontram-se na literatura algumas referências ao “bem-estar” provocado pela dieta seguida. Este tipo de *verbatim* surge nos adolescentes do grupo A ao invés do grupo B, em que a única referência diz respeito ao fator saciedade. Neste caso, há que lembrar que o prazer que pode surgir na sequência da refeição, estará dependente não só da seleção do alimento em concreto mas também da quantidade ingerida e consequente saciedade (Sorensen et al, 2003). Os bons hábitos surgem, assim, associados a uma sensação aprazível e de satisfação.

É possível encontrar estudos acerca do impacto da alimentação sobre o bem-estar subjetivo. A maioria refere-se a populações adultas, mas um estudo de Schnettler et al (2015), com jovens, registou que os mesmos podiam optar por hábitos alimentares pouco saudáveis sem sentir satisfação com essa dieta ou, assumir esses hábitos devido a integrarem um estilo de vida, de um modo geral, pouco saudável.

Um estudo de Kye et al (2016) sugere uma correlação positiva entre felicidade e estilos de vida promotores da saúde, especialmente ao nível dos alimentos ingeridos. Um conforto psicológico potenciará a atenção dada ao estado de saúde e sua manutenção.

Nos adolescentes da amostra em estudo, não se encontraram referências específicas a bem-estar entre os adolescentes dos grupos de hábitos desadequados. Nos grupos

de hábitos adequados, prevaleceu o facto de se sentirem bem e não sentirem necessidade de recorrer a escolhas menos saudáveis.

O significado atribuído aos alimentos por parte dos adolescentes, são resultado das suas vivências e podem relacionar-se com sensações de segurança, independência, condicionando uma valência importante do bem-estar (Story *et al*, 2002; Ares *et al*, 2014). Este fator não é evidente nos relatos dos adolescentes da amostra. Mas o facto de existirem referências acerca da regularidade e continuidade da ausência de consumo de alimentos menos saudáveis proporcionar bem-estar, aliado ao consumo por hábito, pode perspetivar alguma segurança proporcionada pelo padrão de consumo.

4.1.4. Literacia em saúde/crenças (regras de alimentação saudável, preocupação com a saúde, preocupação com peso, perceção do risco)

A informação acerca das regras de alimentação saudável está patente em situações que se podem subdividir consoante os adolescentes demonstram esses conhecimentos em contexto de justificação das suas escolhas, quando demonstram preocupação com a saúde ou com o peso e quando manifestam alguma perceção do risco.

Vários dos adolescentes que participaram no projeto aqui descrito, possuem conhecimentos adequados acerca de alimentação saudável, mas sentem dificuldade em segui-los, consumindo frequentemente alimentos que sabem ser pouco saudáveis. (Croll *et al*, 2001). A dificuldade em resistir à tentação e influências externas, através de capacidades de autorregulação e autocontrolo, limita a prossecução dos objetivos ditados pelos conhecimentos acerca da alimentação saudável (Viana *et al*, 2008).

De notar que, tal como já apresentado no capítulo dos resultados, os adolescentes dos grupos A1 e A2, de hábitos adequados, apresentam *verbatim* que remete a ação efetiva, ao contrário dos restantes.

Parece assim haver um hiato entre o conhecimento e preocupação com a saúde e a colocação em prática desses conhecimentos nas escolhas diárias. As preferências em termos de paladar, textura e aspeto parecem sobrepor-se, prevalecendo sobre as restantes (Fitzgerald *et al*, 2010; Neumark-Staizner *et al*, 1999; Stevenson *et al*, 2007). Os adolescentes dos grupos B1 e B3, referem desejo de mudança mas incapacidade para o realizar.

A não perceção de risco pelo grupo B1 e uma menor preocupação sobretudo no grupo B3, provavelmente diminuirão a intenção de seguir as regras de alimentação saudável,

por diminuição da percepção dessa necessidade. A forma como o adolescente se classifica de acordo com os seus conhecimentos, podendo estes apresentar lacunas (como é o caso da associação da anorexia apenas à ingestão de menor quantidade de alimentos ou à ausência de doenças como constatação de saúde, referidos por adolescentes do grupo B3) e como se considera em termos de risco, determina se aciona ou não mecanismos de autocontrolo, assim como o empenho que aplica nos mesmos.

4.2. INFLUÊNCIA DOS PARES (AMIGOS/COMPANHIA)

A presença de outros influencia a escolha e consumo de alimentos (Robinson *et al*, 2012).

Num estudo de Dalky (2016), com adolescentes dos 12 aos 19 anos, verificou-se que estes eram mais influenciados pelos pares e pelas suas preferências do que pelos pais, o que é coerente com as mudanças associadas ao período da adolescência. Na nossa amostra, os pares são menos referidos do que os hábitos familiares. Os pares foram identificados como determinantes em 14 referências por parte de 11 alunos.

Por vezes, há que questionar se os pares se influenciam ou se cada um procura a companhia de outros com o mesmo padrão de hábitos (Poínhos, 2010). Nos relatos registados a partir da amostra em estudo, havendo casos em que os adolescentes fazem escolhas diferentes mesmo procurando a companhia dos amigos, não se poderá corroborar a segunda hipótese ou, pelo menos, tal não será a regra geral. Quanto ao efeito da pressão exercida pelos hábitos dos amigos, o autocontrolo assume importância, sendo um dos fatores que mais limita a influência dos pares. Os adolescentes com maior autocontrolo estão menos vulneráveis a assumir os comportamentos por imitação dos seus pares. (Robinson *et al*, 2012). Na amostra agora estudada, entre os adolescentes entrevistados é possível identificar maior autocontrolo entre os adolescentes dos grupos A1 e A2, resistindo mais eficazmente à pressão por parte dos pares.

Pedersen *et al* (2015) não encontraram influência dos pares no consumo de frutas e vegetais.

Neste estudo agora apresentado, não foi possível associar o consumo de frutas e vegetais (avaliado pela análise quantitativa) e a influência dos pares (avaliado pela análise qualitativa através dos relatos dos adolescentes). A abordagem quantitativa não possuía itens específicos relativos à pressão dos pares e a abordagem qualitativa não incidu, à partida, no consumo de frutas e vegetais. Este consumo foi referido por iniciativa de alguns dos entrevistados, mas não foi realizada avaliação específica. Para

além desse facto, há que lembrar que a dimensão das amostras era diferente e constituíam amostras não coincidentes (entre a abordagem quantitativa e qualitativa).

Um estudo de Christakis e Fowler (2007), acerca da obesidade, pode promover uma reflexão acerca da influência dos pares e da comunidade. Este autor analisou a propagação da obesidade pessoa para pessoa, num contexto comunitário e estimou em cerca de 57% o aumento da probabilidade de ser obeso quando se tem um amigo obeso. Os pares do mesmo sexo têm maior influência do que os do sexo oposto.

O próprio significado de ser obeso e a tolerância ao estado de obesidade pode ser influenciado pela comunidade, concretamente pela existência de pares obesos.

As pessoas incluídas numa determinada rede social, são influenciadas pelos comportamentos e aspeto dos que as rodeiam.

4.3. FOME/SACIEDADE

A fome surge referida pelos adolescentes da amostra como condicionando a ingestão de alimentos e como condicionando o tipo de alimentos ingeridos.

A procura de alimentos e a realização de uma refeição são determinadas por uma imposição fisiológica que impele a procura de satisfação de uma necessidade básica (Houpt, 2000; Cambraia, 2004). O facto dessa procura ser, muitas vezes direccionada para um determinado tipo de alimento em detrimento de outro, poderá estar relacionado com o teor calórico. No entanto, este aporte calórico surge associado a alimentos como bolos ou bolachas (“...se eu tiver fome como um pacote de bolachas ou vou à pastelaria comprar um bolo”) mas também, frequentemente associa-se a uma refeição com maior quantidade de alimento (“...quando tenho mesmo fome tenho que comer comida a sério...”; ...também há doces mas como vou ter treino, prefiro uma coisa que me encha mais...”).

4.4. FAMÍLIA - HÁBITOS FAMILIARES E PRESSÃO FAMILIAR

Com este estudo, verificou-se que a influência dos pais é relevante, independentemente de se tratar de adolescentes com hábitos manifestamente adequados ou manifestamente desadequados. Os hábitos alimentares relacionados com a alimentação influenciam grandemente as escolhas alimentares dos adolescentes, sendo determinantes para a adoção e manutenção de comportamentos alimentares por parte dos adolescentes em geral.

A maioria dos estudos efetua uma caracterização de hábitos e práticas alimentares parentais e sua associação com hábitos alimentares dos filhos, não relacionando a

prática parental percebida pelos adolescentes e as escolhas assumidas por estes. No presente estudo, a associação entre padrão alimentar dos pais e escolhas dos filhos adolescentes, fez-se com recurso aos relatos dos filhos. Deste modo, sobressaem os fatores relevantes característicos do agregado familiar, quando percebidos pelos adolescentes.

Na opinião dos adolescentes, o padrão alimentar dos pais está diretamente associado aos recursos alimentares disponibilizados em casa. Tal é concordante com outros estudos, que mostraram que a modelagem parental, o ambiente familiar e controlo da disponibilidade por parte dos pais estão associados aos hábitos alimentares adotados pelos adolescentes (Roos *et al*, 2012; Boutelle *et al*, 2007, Ding *et al*, 2012).

Um estudo de 2013 analisou a associação entre hábitos alimentares e o ambiente familiar em termos de frequência das refeições em família e controlo parental, numa amostra de adolescentes gregos. Foi registada uma associação entre controlo parental e escolhas saudáveis por parte dos filhos (Bargiota *et al*, 2013). Também na nossa amostra, o papel regulador dos pais, assume especial relevância para os hábitos dos filhos. Um estudo realizado nos Estados Unidos, por Videon e Manning (2003), concluiu que a presença dos pais no momento do jantar, aumentava o consumo de frutas e vegetais por parte dos seus filhos e os hábitos dos irmãos mais velhos influenciava os adolescentes mais novos (Fritzgerald *et al*, 2010).

Como já abordado no capítulo de resultados, os adolescentes de hábitos mais adequados, referem práticas mais saudáveis em contexto familiar, com intervenção direta dos pais, no sentido do controle (no sentido autoritativo, de acompanhamento) onde impera a preocupação com a saúde. Este estilo autoritativo é participativo, com normas e limites estabelecidos em clima positivo e de afetividade, ao invés dos estilos permissivo e autoritário (Weber *et al*, 2004). De uma forma geral, estas opções proporcionam bem-estar. Já no contexto dos adolescentes com hábitos menos adequados, a influência familiar é mais ténue e não encorajadora de escolhas salutaras. Pelo contrário, pelo menos um dos pais fomenta ou encoraja os hábitos pouco saudáveis.

Os pais, ao adquirirem determinados alimentos, tornam-nos disponíveis em casa e, consumindo-os regularmente, contribuem para o enraizar de hábitos alimentares saudáveis por parte dos filhos. Estes tendem a optar de forma semelhantes fora de casa, pelo que a influência se estende para além do contexto familiar. Este fenómeno de hábitos que se perpetuam fora de casa e fora do contexto familiar, estão patentes em afirmações como “comecei a gostar” ou com referência ao desenvolvimento de

hábitos como se pode observar: “até gosto...antes nem gostava muito mas comecei a gostar...”, “escolho habitualmente coisas que têm a ver com a comida que eu costumo comer”, “...vai também por aquilo que eu estou mais habituada...” ou “sempre fui controlada pela minha mãe no que toca à alimentação, nunca me excedi com porcarias e habituei-me assim”.

A pressão familiar mostrou-se muito menos relevante (11 referências por parte de 8 alunos) do que os hábitos familiares (60 referências por parte de 26 alunos).

Um estudo de 2015 de Pedersen *et al*, apresenta os pais como a principal influência sobre o comportamento alimentar dos adolescentes. As normas injuntivas, decorrentes das recomendações emanadas pelos pais, assumem consideravelmente menor influência do que as normas decorrentes do exemplo dado pela assunção de determinados comportamentos, pelos próprios pais.

Talvez por isso a pressão familiar tenha surgido com menor relevância comparativamente com os hábitos praticados. A literatura apresenta o estilo parental e a prática parental como fatores com efeitos diferentes consoante a variedade integrante de cada um deles. O estilo autoritativo parece ter maior impacto do que os estilos autoritário, indulgente ou negligente (Scaglioni *et al*, 2011). A prática assume relevância, resultando em aprendizagem vicariante, a que acresce o condicionamento em termos de disponibilidade.

Existe uma assimetria entre pai e mãe como influenciadores. A mãe é mais frequentemente referida. Provavelmente, este facto pode ser explicado pela constatação de que é esta quem habitualmente cozinha ou adquire os alimentos para consumo familiar.

Os relatos que apontam para o encorajamento, por parte dos pais, do consumo de *fastfood*, predominantes no grupo de adolescentes com hábitos inadequados foram também observados por Boutelle, quanto à influência da aquisição de *fastfood* para consumo no seio familiar. Neste caso, a família parece assumir um papel negativo, contribuindo para a seleção desse tipo de alimentos. O consumo de snacks como estando na dependência do ambiente familiar, foi também sugerido em outros estudos como refere uma revisão bibliográfica realizada por Sleddens *et al* (2015) assim como o consumo de fruta e vegetais. Sleddens, 2015 aponta cerca de 75% dos estudos por ele analisados, como apontando esta associação.

Segundo Stevenson *et al* (2007), a participação ativa na aquisição e confeção de alimentos, será um mediador do consumo sobretudo em termos de variedade alimentar. Esta postura ativa surge na presente investigação, nesta mesma perspetiva,

uma vez que os adolescentes que assumem este tipo de postura mais ativa, nomeadamente participando na aquisição de produtos para consumo em casa, apresentam maior capacidade para efetuar escolhas saudáveis.

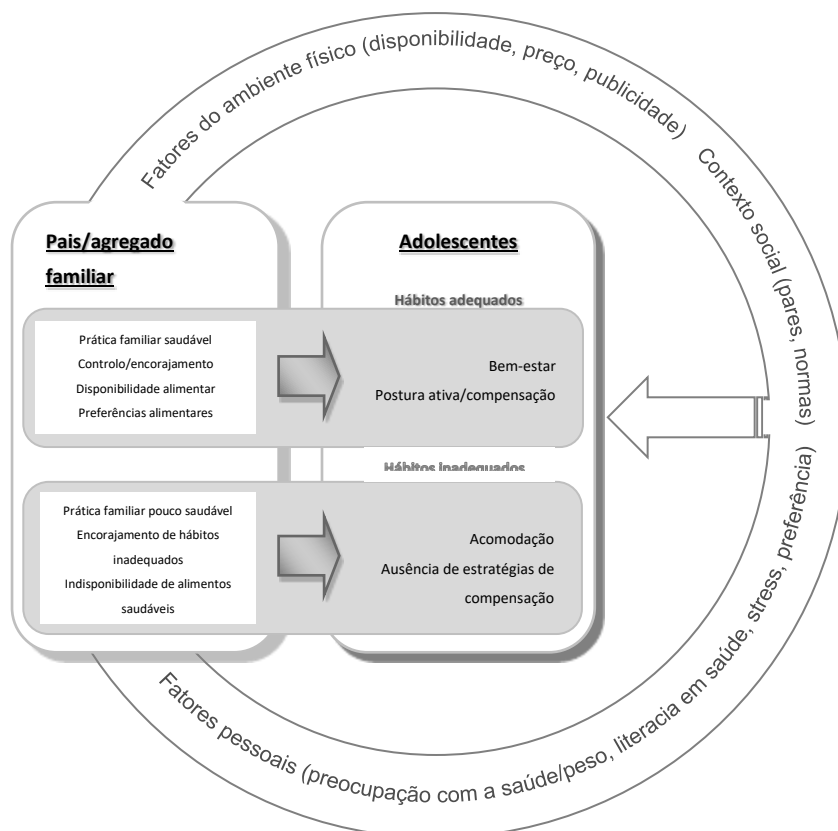


Figura 3: Atitudes dos adolescentes relativamente à escolha alimentar e forma como estas são influenciadas pelas práticas e hábitos dos agregados familiares (Cardoso *et al*, 2015).

4.5. NEOFOBIA/NEOFILIA

A novidade funciona como atrativa, levando o adolescente a apreciar o seu consumo. A neofilia pode estar associada a uma tendência para a exploração e variedade e a neofilia estar associada a prudência e receio do desconhecido. (Pliner *et al*, 2000). O adolescente pode apreciar o consumo esporádico de um alimento, não procurando prolongá-lo ou pode consumi-lo sempre que tem oportunidade. Neste caso, poderíamos interrogar-nos se insistiria na escolha, caso o pudesse fazer com maior frequência.

Não se encontraram referências claras a processos de neofobia. Apenas situações em que o adolescente refere não estar habituado a determinado tipo de alimento e, por

isso, não procurar enveredar pelo seu consumo. A adesão ao consumo de determinado tipo de alimentos surge associada ao hábito.

Mais característica do período da infância, a neofobia diz respeito alimentos novos. No caso dos adolescentes, é apresentada sobretudo a *fastfood* como um alimento esporádico e por isso desejado. No grupo A1, existem referências a um desejo de consumir alimentos novos mas saudáveis.

4.6. DINÂMICA (ENVOLVIMENTO ATIVO EM TAREFAS) OU MOMENTOS DE ÓCIO

O que o indivíduo se encontra a realizar em cada momento, poderá condicionar a escolha e consumo alimentar.

O facto de estar em casa, em repouso ou lazer, sem realizar uma tarefa específica (o que pode entender-se como maior tempo disponível), induz frequentemente a procura e ingestão de determinado alimento. Tal pode verificar-se, por exemplo, em afirmações como: *“quando estou em casa, sem fazer nada, parece que estou sempre a comer”*. Os alimentos mais procurados, estando disponíveis, são alimentos com elevado teor energético.

Tal como já referido no capítulo de resultados, o fator disponibilidade condiciona também o facto dos períodos de descanso ou estudo poderem originar a procura e ingestão de um alimento em especial.

A situação de procura mais frequente e, habitualmente sem fome, ocorre também mais ao fim de semana, o que pode estar relacionado com menor envolvimento em tarefas e maior acesso a determinados alimentos.

4.7. CUSTO

O preço surge como um reforço das escolhas efetuadas tendo como principais determinantes outros fatores.

Obviamente, a incapacidade de suportar os custos ou a necessidade de poupar algum dinheiro limitará a escolha. Este determinante surge na literatura como estando na dependência do estatuto socioeconómico, não sendo integrado nos principais fatores condicionantes. No entanto, o estatuto socioeconómico mais ou menos favorecido é referido muitas vezes como não determinando uma escolha mais ou menos adequada (Donkin *et al*, 2000).

4.8. DISPONIBILIDADE

4.8.1. Disponibilidade

A disponibilidade de recursos condiciona as escolhas (Jenkins *et al*, 2005). A existência de determinadas infraestruturas com determinados recursos alimentares, condicionam o acesso (Donkin *et al*, 2000; Dibsall *et al*, 2003).

O ambiente físico da comunidade, nomeadamente a existência de centros comerciais, restaurantes e *snack* bares, assim como os recursos existentes na escola, condicionam a disponibilidade (Story *et al*, 2002).

Os relatos obtidos pelas entrevistas realizadas no âmbito deste estudo, referem a disponibilidade em casa (o que está na dependência dos hábitos familiares) e a disponibilidade existente no ambiente escolar e em redor da escola.

Os adolescentes da amostra em estudo apresentam formas diferentes de lidar com as restrições de disponibilidade. No caso dos adolescentes em estudo, os que integram os grupos de hábitos mais adequados, exclusivamente do grupo A1, referem estratégias para criar disponibilidade. Estes adolescentes desenvolvem ativamente formas de contornar a limitação.

4.8.2. Oportunidade

Vários estudos apresentam a noção de conflito entre a componente reflexiva e componente impulsiva. A impulsividade é a tendência crónica para atuar por impulso, em que o indivíduo tende para a ação. O sistema reflexivo pode ser visto como um controlo sobre decisões e ações (Shepherd, 1999).

Entre os adolescentes da amostra, encontraram-se tentativas de resistir ou colmatar o impulso, mas também menção à não resistência, sobretudo entre os adolescentes do grupo B, de hábitos desadequado. Este determinante é responsável pela opção por alimentos pouco saudáveis por parte dos adolescentes.

A impulsividade surge frequentemente associada aos distúrbios do comportamento alimentar. Esta associação é reconhecida sobretudo em casos de compulsão alimentar e menos em casos de anorexia. (Lundahl *et al*, 2015). Na amostra estudada não é possível estabelecer associação, mas interessa referir que no grupo A, de hábitos alimentares adequados, apenas existem referências deste tipo no grupo A2. Tal corresponde a adolescentes com bons hábitos, tal como os adolescentes do grupo A1, mas com risco de desenvolver patologia do comportamento alimentar.

Por impulsividade, o indivíduo pode ingerir mais do que aquilo que sabe ser necessário. Ao prazer do momento, segue-se por vezes o arrependimento e os danos a longo prazo na saúde. (Hofman *et al*, 2008). O arrependimento, a inquietação, pode observar-se em excertos como: “...*não vou estar a abusar de uma coisa para depois me arrepender*”.

Surgem na literatura algumas referências ao impulso na sequência da visualização do alimento. Este contacto constitui um estímulo ou tentação a que os adolescentes podem resistir ou não resistir. Também nos adolescentes constituintes da amostra em estudo se encontraram referências ao visionamento como desencadeador do impulso de ingerir determinado alimento.

Segundo o RIM (refletive-impulsive model; Strack *et al*, 2004), os impulsos são desencadeados a partir de uma associação da memória a estímulos percetivos e integram fatores afetivos e tendências comportamentais, refletindo aprendizagem e experiência.

Existe um conflito entre um impulso que é associado a uma situação atrativa, valorizada positivamente e padrões para se abster de agir sobre o impulso. Ceder ao impulso é ainda mais rápido caso existam condições como fome ou sede (Aarts *et al*, 2001, Hofmann *et al*, 2008).

As circunstâncias em que os indivíduos se encontram, podem fazer com que os comportamentos obedeçam mais a precursores reflexivos (atitudes racionais, padrões de contenção) ou impulsivos (reações afetivas automáticas, tendências comportamentais automáticas de abordagem/evicção). Segundo os adolescentes da amostra, situações como passeio, hora do lanche, estadia em casa (onde existe disponibilidade de determinado alimento), podem potenciar o impulso.

A disponibilidade associa-se e potencia a impulsividade.

O hábito, o humor, a capacidade de autorregulação e autocontrolo são considerados como mediadores da relação entre componente impulsiva e componente reflexiva (Hofmann *et al*, 2008). Da mesma forma, a disponibilidade pode condicionar o acesso e a eclosão do impulso.

4.9. PREFERÊNCIAS ALIMENTARES

4.9.1. Preferências alimentares (palatabilidade)

Os adolescentes que integram os grupos A1 e A2 da amostra referem apreciar alimentos saudáveis e apenas surge uma referência em A2, ao gosto por *fastfood*. Já

nos grupos B, os adolescentes referem não gostar de sopa, não gostar de legumes nem de peixe. Apreciam os alimentos menos saudáveis e não apreciam os mais saudáveis. Encontra-se assim uma grande correspondência entre o tipo de alimentos preferidos e a dicotomia hábitos adequados/hábitos desadequados. Os adolescentes com hábitos mais adequados tendem a preferir alimentos bastante diferentes dos preferidos pelos adolescentes com hábitos desadequados.

Não sendo possível, através deste estudo, inferir as razões por detrás das preferências, sejam elas genéticas ou empíricas/aprendidas, é claro que percepções sensoriais induzidas pelos alimentos serão corresponsáveis pela seleção (Contento, 2008).

4.9.2. Hábitos

O hábito surge entre os adolescentes da amostra, mencionado em vários contextos. Atua-se por hábito em casa, na dependência dos hábitos familiares, atua-se por hábito na escola (na dependência das rotinas nomeadamente com os colegas), cede-se ao impulso por hábito, prefere-se o que já se consome habitualmente (preferências alimentares).

Os adolescentes que participaram neste estudo, referem por vezes não assumir algumas escolhas porque não estão habituados, assim como mencionam “começar a gostar” na sequência do consumo repetido.

Quanto mais um comportamento se torna habitual, menor o controlo sobre ele (Smith *et al*, 2000). A elevada habitualidade implica menos esforço na regulação do comportamento e, por isso, pode prevalecer a impulsividade.

O hábito parece reduzir os processos cognitivos envolvidos na escolha.

4.10. HUMOR E STRESS

Existe a possibilidade de redução da ingestão ou de aumento da quantidade ingerida, em situações de *stress* (Oliver *et al*, 1999; Ogden, 2003). Os adolescentes da amostra referem algumas vezes, perda de apetite em situações de *stress*. Da mesma forma, surge o *stress* e a alteração do humor como potenciador da ingestão sem fome: “...nem tinha fome mas comia quase por raiva...”. No entanto, é com maior frequência que referem o consumo compulsivo de determinado tipo de alimentos, quando sob *stress* e ansiedade. Tal está de acordo com dados da literatura em que elevados níveis de *stress* se apresentam associados a maior consumo de doces, *fastfood* e snacks (Kandiah *et al*, 2006) e decréscimo do consumo de frutas, vegetais, carne e

peixe (Oliver *et al*, 1999). Os alimentos mais associados a momentos de *stress* são habitualmente energeticamente densos e pobres nutricionalmente (Errisuriz *et al*, 2016).

Na amostra em estudo, os adolescentes consomem sob *stress* maior quantidade de doces como bolachas, chocolate e snacks e alimentos salgados ou mais condimentados como batata frita e lasanha. Estes alimentos poderão funcionar como uma estratégia de *coping*.

Christensen (2001) refere que o *distress* emocional associado a depressão ou fadiga pode originar consumo compulsivo de doces e alimentos ricos em gordura, aumentando também, muitas vezes, a quantidade ingerida. Esta ingestão pode originar uma melhoria momentânea do humor.

Já não o humor e o *stress* associados a situações concretas, mas um pouco o humor habitual e personalidade do indivíduo, a forma como lida inclusivamente com stressores, pode condicionar os mecanismos de autocontrolo e a forma como se desencadeiam as escolhas (Bolte *et al*, 2003).

Neste sentido, as pessoas mais positivas (otimistas), tendem a processar mais rapidamente e de uma forma mais superficial a informação. As pessoas com um humor negativo analisam e refletem mais (Bolte *et al*, 2003; Isen *et al.*, 1985).

Ou seja, aqueles indivíduos com atitudes positivas, agem mais frequentemente por impulso. Neste estudo não foi possível explorar esta perspetiva.

Hoffman (2008) refere que indivíduos cujos recursos de autorregulação estavam esgotados depois de adotarem um comportamento de autocontrolo inicial, comiam, numa situação repetida, maior quantidade dos alimentos não saudáveis. Também na nossa amostra surgem relatos semelhantes como: “...é melhor comer um bocado porque se não, vou ficar a pensar...quando me apetecer outra vez, já não como um, como dois” (B2).

A capacidade para lidar com o *stress* influenciará, assim, a forma como este determina a ingestão (Errisuriz *et al*, 2016).

4.11. TEMPO DISPONÍVEL

Restrições de tempo e conveniência constituem dois dos principais determinantes das escolhas alimentares (Neumark-Staizner *et al*, 1999; Jenkins *et al*, 2005).

No caso dos adolescentes da nossa amostra, o tempo disponível foi referenciado algumas vezes. Mais tempo disponível proporciona, habitualmente, escolhas mais saudáveis. Esta situação surge também na literatura (Story *et al*, 2002).

Uma das situações mais vezes referida tem a ver com a possibilidade de recorrer à cantina da escola. A cantina é preterida frequentemente porque é associada a um maior dispêndio de tempo.

Entre os adolescentes com melhores hábitos, surgem relatos de ingestão de fruta a maior rapidez, o que não acontece entre os adolescentes dos grupos B.

5. DETERMINANTES PERCECIONADOS PELOS ADOLESCENTES – HÁBITOS DE ATIVIDADE FÍSICA

Relativamente à atividade física, os determinantes encontrados foram, por ordem de número de referência, a sensação de bem-estar proporcionada pela atividade, a preocupação com a saúde, a preguiça no sentido da diminuição da prática e a companhia dos amigos/família como motivador.

Os adolescentes referiram sensações de bem-estar em consequência da prática de atividade ou exercício físico. Esta motivação surge várias vezes na literatura (Matos *et al*, 2016) igualmente como o principal fator motivador. Outro, um pouco menos importante, é a influência dos outros significantes (Weinberg *et al*, 2000).

O facto de, sobretudo após o exercício físico praticado de forma organizada, o adolescente se sentir bem física e mentalmente, será o principal determinante para a prática e, principalmente para a manutenção dessa prática regular.

Num estudo de Stevenson *et al* (2007), com recolha de dados através de *focus-group*, com adolescentes dos 12 aos 15 anos, apresentando hábitos alimentares saudáveis, verificou-se associação entre a prática de desporto e de atividades culinárias, e a autoperceção relacionada com a alimentação, isto é, a crença de que os hábitos saudáveis acarretam mais-valias, assim como a correta avaliação em “bom” e “mau” pode ser determinante para os comportamentos adotados (Stevenson *et al*, 2007).

Os adolescentes da amostra referiram, apesar de numa frequência diminuta, a prática induzida pela companhia. Referem, por exemplo; “...*combinamos com os amigos*” e “...*costumávamos ir os três para a natação: eu, a minha mãe e a minha irmã...deixámos todos de ir*”. A influência dos pares foi algumas vezes identificada em associação com os hábitos de exercício físico nomeadamente como motivadores da prática (Green, 2003; Mota *et al*, 2002).

A prática é também condicionada pelos recursos/disponibilidade, sobretudo no que toca ao tipo de atividade realizada. Esta referência não surge diretamente do discurso nem ligada ao fato de praticarem ou não exercício físico. É referida em contextos em que o adolescente diz praticar uma atividade mas que gostaria de praticar outra, o que não lhe é permitido por questões de disponibilidade. Esta limitação é referida também por Lawman e Wilson (2012).

6. DISCUSSÃO DE ACORDO COM TEORIAS SOCIOCOGNITIVAS

Alguns determinantes encontrados aplicam-se de forma igual aos grupos A e B. Constituem assim fatores a que os adolescentes respondem de forma idêntica. No entanto, existem outros fatores que tomam declaradamente significados diferentes e se traduzem em comportamentos diferentes, pelo que podem apontar determinantes mais específicos para a seleção adequada / não adequada.

Os modelos sociocognitivos e, em especial, o modelo de crenças em saúde, apontam determinantes como a perceção de autoeficácia, o autocontrolo, a preocupação com a saúde e perceção da vulnerabilidade e do risco, que foram identificados também neste estudo.

A perceção de autoeficácia, o sentimento de que se é capaz, de que se tem competência para atuar por si mesmo enfrentando as dificuldades, mostrou-se associada aos hábitos alimentares e ao padrão de atividade física. Os adolescentes com autoperceção de maior autoeficácia geral parecem investir mais e estar mais motivados para a adoção de hábitos saudáveis.

A sensação de bem-estar, as particularidades pessoais, a preocupação com a saúde, a perceção do risco e o conhecimento das regras de alimentação saudável (nível de literacia em saúde), integram-se nas perceções referidas pelo modelo de crenças em saúde como responsáveis pela decisão do indivíduo. Os adolescentes com melhores hábitos preocupam-se mais com a saúde e assumem ações efetivas no sentido de colmatar o risco por eles percecionado.

As normas sociais, integrantes dos modelos sociocognitivos, poderão estar na dependência da influência dos pares e da família. Na amostra em estudo, ambos assumem importância, especialmente os hábitos familiares.

O autocontrolo, percecionado e referido por vários adolescentes, vai ao encontro da teoria do comportamento planeado e da teoria da ação racional. A atitude, mediada pelos prós e contras identificados pelos adolescentes, a informação e pressão do ambiente social e o controle que o adolescente perceciona como possível, são pontos

importantes para a escolha efetuada em termos de hábitos alimentares e de atividade física. Vêm mediar esta influência outros fatores, como por exemplo, condições do ambiente e comunidade em que se encontram.

Na amostra, é claro que os casos de melhores hábitos apresentam maior percepção e estratégias de autocontrole.

7. REDE DE INTERAÇÕES ENTRE OS DETERMINANTES

Apresenta-se um esquema acerca da influência dos vários tipos de determinantes identificados sobre o comportamento alimentar e de atividade física dos adolescentes:

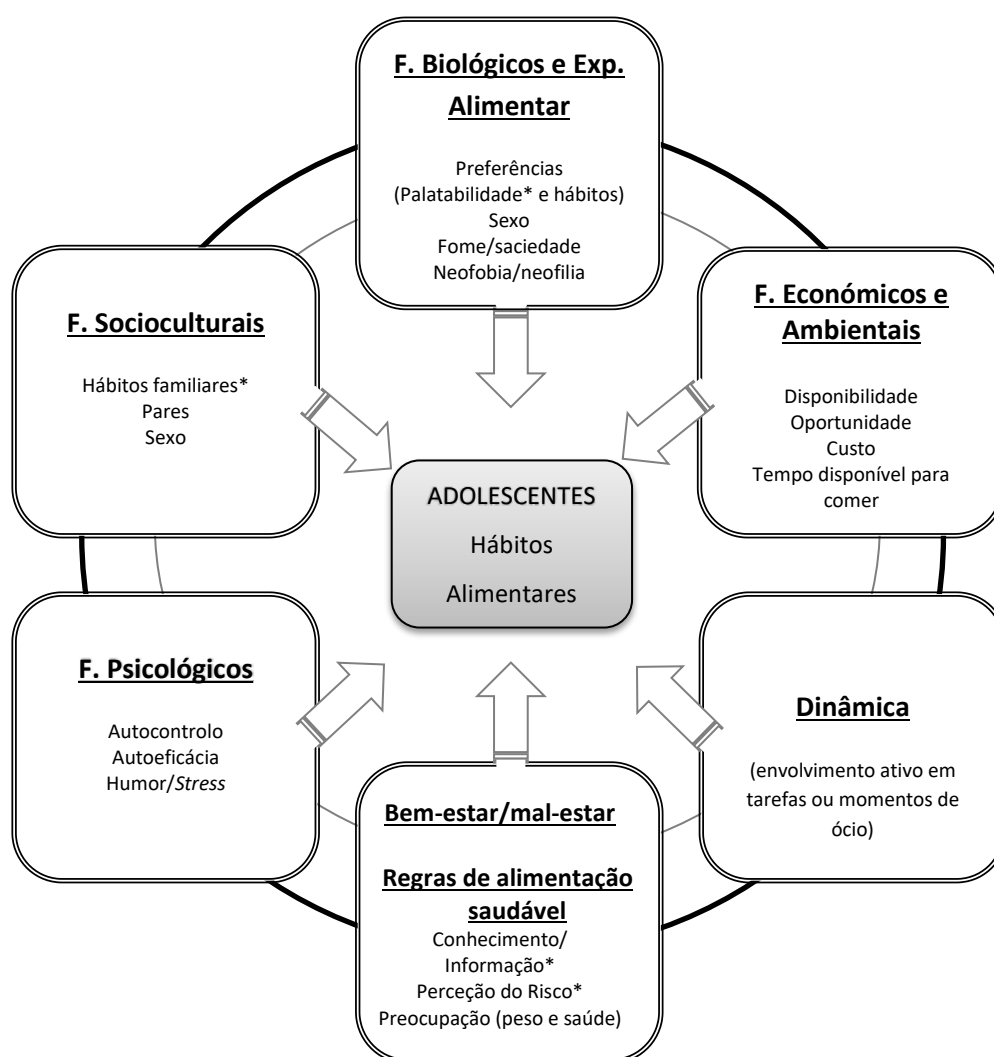


Figura 4: Determinantes das escolhas alimentares dos adolescentes (os referidos por maior número de adolescentes, assinalados com *asterisco)

Tal como observado a partir dos resultados, são vários os fatores que poderão influenciar as escolhas alimentares dos adolescentes. Confluem fatores biológicos,

psicológicos, económico/ambientais, socioculturais, a sensação de bem-estar ou mal-estar, a dinâmica desenvolvida pelo adolescente, o conhecimento e informação acerca das regras de alimentação saudável e, na sua dependência, a perceção do risco e a preocupação com a saúde e com o peso. Os vários fatores interagem, apresentando-se como mais relevantes os hábitos familiares, a palatabilidade, o conhecimento/informação e a perceção do risco.

Relativamente à atividade física, salientam-se a preocupação com a saúde e as sensações de bem-estar, sendo a preguiça um fator limitador (figura 5).

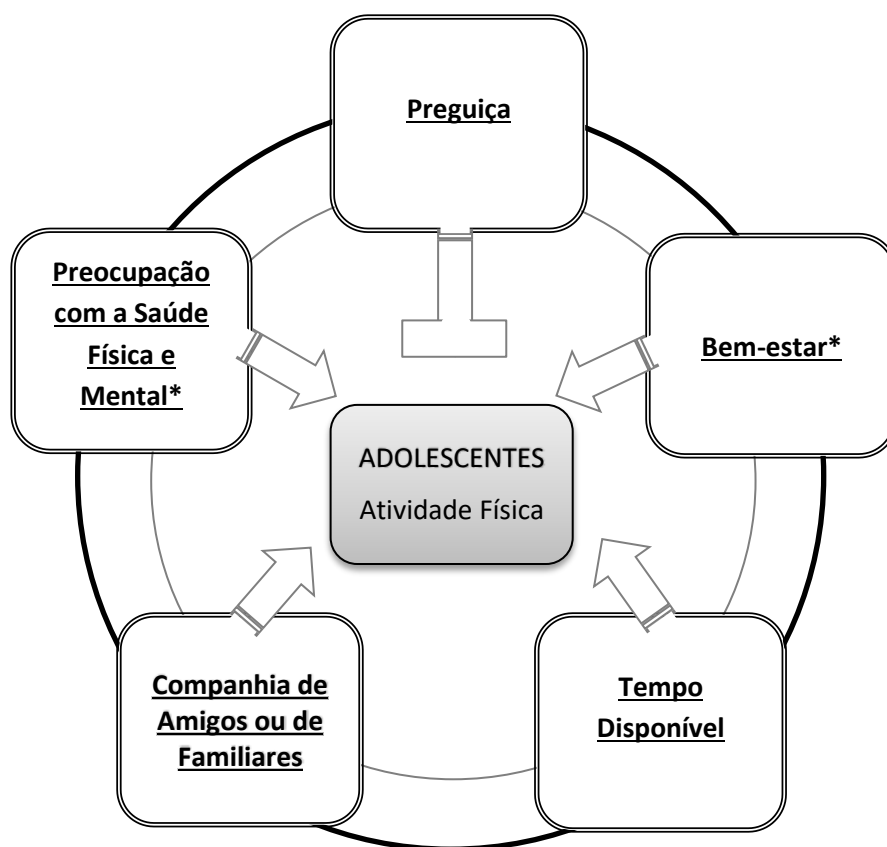


Figura 5. Determinantes das escolhas de atividade física dos adolescentes (determinantes referidos por maior número de adolescentes, assinalados com *asterisco)

8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O tipo de estudo realizado encerra algumas limitações que poderiam ser colmatadas com estudos complementares ao presente.

O facto de ser um estudo transversal, não permite uma análise evolutiva do fenómeno. É efetuada uma análise relativa a um momento, não replicada e, por isso, sem

proporcionar uma visão da variação eventualmente ocorrida. Um estudo longitudinal abriria possibilidades de concluir com maior segurança e levar à exclusão de hipóteses.

Existe grande dificuldade em realizar um registo preciso e credível, nomeadamente acerca da ingestão de alguns alimentos, através de medidas autorelatadas e não através de medidas objetivas, pelas principais dificuldades inerentes à recolha deste tipo de dados. A associação de medidas quantitativas a medidas qualitativas destinou-se precisamente a objetivar um pouco mais a dinâmica das escolhas, tornando o estudo mais heurístico. No entanto, o estudo constitui uma abordagem exploratória, podendo ser entendido como um contributo para futuras linhas de investigação.

Por outro lado, a seleção alimentar é um processo bastante complexo, com múltiplas possibilidades e redes de interações, de carácter fisiológico, psicológico, cultural e social, tornando difícil a elaboração de um estudo completo e suficientemente esclarecedor.

O presente estudo abre caminhos a outros, com múltiplos fatores intervenientes a aprofundar. Mesmo as entrevistas integradas na avaliação qualitativa, destinaram-se a deixar que os adolescentes expressassem as suas perceções, assumindo que os mesmos o fariam segundo a relevância, sem avaliar de uma forma muito específica qualquer um dos fatores eventualmente procurados.

O nível socioeconómico foi avaliado de uma forma pouco precisa, uma vez que o escalão de ação social escolar está dependente de fatores burocráticos que poderão produzir artefactos sobre a classificação. Os dados relativos quer a esta variável, quer relativos à idade, produziram grupos de dimensões muito díspares, alguns de dimensões demasiado pequenas, tornando a análise pouco consistente.

Seria igualmente pertinente complementar o estudo com outras fontes de dados relativos às práticas parentais e estilo parental, para além das decorrentes dos relatos dos adolescentes. A perspetiva estudada foi a da perceção dos adolescentes, não permitindo conhecer ou cruzar os dados com a perspetiva dos pais. Sabendo agora que os resultados apontam para uma relevância especial dos hábitos familiares, seria desejável uma avaliação mais pormenorizada do ambiente e contexto familiares. Seria pertinente avaliar o nível educacional dos pais, a literacia em saúde e, como já referido, a sua perceção acerca dos hábitos dos filhos.

Outra limitação deste estudo tem a ver com o facto de não existirem dados relativos ao IMC para a totalidade dos alunos. Apenas foram determinados esses valores

relativamente aos alunos selecionados para abordagem qualitativa, por condicionantes relativas à logística e horários das diversas turmas.

O facto de a análise decorrer sobre uma amostra de conveniência, limita a sua representatividade.

Existem dados na literatura acerca da escolha relativa a grupos de alimentos específicos, que não foi o objetivo principal deste trabalho. Assim, obteve-se uma visão geral dos fatores que intervêm na escolha alimentar, sem avaliação acerca de uma eventual influência diferenciada sobre a escolha de determinado tipo de alimento.

Capítulo VII. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES FUTURAS

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES FUTURAS

As opções tomadas pelos adolescentes relativamente à seleção de alimentos e à prática de atividade ou exercício físico, estão sob múltiplas influências, sob múltiplos fatores intervenientes, de variados contextos e cujo resultado não é alheio às características de personalidade.

Devido ao impacto das escolhas, em termos de saúde do adolescente e que se estenderá para a vida adulta, é importante reconhecer os determinantes de maior relevância e sobre os quais importa intervir.

A partir da análise mista realizada, de conjugação de métodos quantitativos e métodos qualitativos, sempre através da perceção e resposta de adolescentes portugueses, identificaram-se vários fatores como influenciadores das escolhas alimentares e de atividade física para a faixa etária dos 14-18 anos. O ponto principal e por isso mais aprofundado foram as escolhas alimentares. As escolhas em termos de atividade física destinaram-se a completar o estudo uma vez que os dois tipos de hábitos se manifestam frequentemente associados. No entanto, existem poucos dados acerca da covariação dos dois tipos de hábitos (Rosenberg *et al*, 2007).

Foram identificados vários determinantes biológicos, ambientais, socioculturais e psicológicos.

Se bem que a maioria dos determinantes biológicos como a fome/saciedade, preferências em termos de paladar e particularidades pessoais associadas a problemas de saúde são difíceis de modular, outros determinantes poderão estar na dependência de intervenções na área da promoção da saúde. Tendo em conta que mesmo as preferências serão construídas desde a infância e que o hábito é um dos determinantes encontrados, uma preocupação com as estratégias de promoção da saúde, poderá modular mesmo as próprias preferências em termos de paladar. Atualmente existem nas escolas os projetos de educação para a saúde assim como temas relacionados com a alimentação e a prática de atividade física, integrados no currículo. No entanto, muitos projetos esbarram em questões burocráticas, apresentam limitações em termos de intercâmbio e envolvimento de parceiros (centros de saúde, escolas superiores de saúde) e a maioria não terá em conta a investigação na área ou diagnósticos.

Os hábitos alimentares e de atividade física assumem padrões diferentes consoante o sexo. Rapazes e raparigas apresentam escolhas diferentes que podem justificar intervenções no âmbito da educação para a saúde, diferenciadas segundo o sexo. Esta diferenciação faz também sentido tendo em conta as diferentes atitudes e

consequentes diferenças em termos de risco de desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar. Neste contexto, há necessidade de compreensão da etiologia da insatisfação corporal e distúrbios alimentares para uma intervenção mais efetiva.

A elevada prevalência da preocupação exacerbada com o peso sugere a importância de disponibilizar intervenções apropriadas a esta problemática, atuando sobretudo sobre a autoimagem e motivação para a magreza.

Sendo a família e hábitos familiares dos principais determinantes a considerar, quer por interferirem com a disponibilidade, quer por constituírem base para enraizamento de hábitos, há que priorizar este contexto. São os pais os primeiros responsáveis pelos hábitos alimentares desde a infância. Logo, constituem a base mais precoce e sólida a contemplar. Esta influência da família determina que os hábitos adequados e os não adequados, se perpetuem através das gerações. Os hábitos praticados em casa são determinantes das escolhas alimentares dos adolescentes em geral. Os pais assumem papel relevante no momento em que adquirem alimentos para consumo familiar, condicionando a disponibilidade, dão o exemplo através do consumo regular de alguns alimentos e transmitem conhecimento. Na realidade, os pais poderão constituir os melhores aliados para a implementação de medidas que visem a mudança de comportamentos e, sobretudo em idades precoces, ser determinantes para a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

O adolescente tende a efetuar o mesmo tipo de escolhas que lhe foram inculcadas em contexto familiar, fora de casa, extrapolando o seu comportamento de casa para os restantes contextos do seu quotidiano. As preferências que se geram em grande parte no ambiente familiar, cimentam-se de tal forma que os adolescentes as assumem igualmente na escola e em lazer com os amigos.

É aconselhável efetuar estudos recorrendo a amostras mais alargadas e em contextos culturais diversificados, para uma compreensão mais fundamentada do fenómeno. Estes esforços de investigação serão especialmente heurísticos se incluírem a caracterização do nível educacional dos pais, das suas perceções e atitudes relativamente à alimentação e o nível de literacia em saúde, fundamental para uma compreensão mais ampla da influência do contexto familiar a par dos restantes determinantes.

Alguns fatores poderão ser alvo de intervenção, direcionando o seu impacto num sentido mais saudável, caso os decisores políticos e as condições ao nível regional contemplem objetivos de saúde. Neste caso, integram-se, por exemplo, questões de

disponibilidade. A oferta alimentar em casa, na escola e na comunidade frequentada pelo adolescente constituem determinantes que estão sob influência destes decisores.

A gestão do tempo, muitas vezes insuficiente ou assim considerado pelo adolescente, poderá eventualmente ser facilitada em consequência das medidas tomadas pela administração local ou da direção das escolas.

As crenças, resultantes do conhecimento/desconhecimento das regras de alimentação saudável, serão resultado da interação do ambiente familiar, dos pares, da escola, todos eles potenciais e desejáveis alvos de intervenção. Apesar de em si mesma a informação não ser determinante dos comportamentos, é essencial para proporcionar escolhas informadas e capacitar o adolescente.

Fatores pessoais, como a percepção de autoeficácia e o autocontrolo, desempenham papel essencial na seleção alimentar e adoção de hábitos saudáveis. Uma percepção de boa autoeficácia e capacidade de autocontrolo e autorregulação, ao invés da impulsividade, contribuem para os bons hábitos e são particularmente evidentes como díspares entre os adolescentes com hábitos adequados *versus* adolescentes com hábitos desadequados. As diferenças ao nível destas capacidades podem ser determinantes na altura de efetuar escolhas, para contornar fatores como indisponibilidade ou pelo contrário, ceder ao impulso. Estes determinantes poderão ser eventualmente trabalhados em idades precoces e não apenas em contexto alimentar e de atividade física. Também as estratégias para lidar com *stress* poderão ser consideradas mais-valia no sentido de anular situações potenciadoras de consumo de alimentos pouco saudáveis.

Dados da literatura acerca de intervenções em adolescentes, no sentido da mudança de comportamentos, mostram que alguns comportamentos são especialmente difíceis de alterar.

Alguns dados apontam para uma maior facilidade em mudar um hábito individualmente do que em conjunto com outros (Prochaska, 2004). Neste sentido, é pertinente a intervenção com base em diagnósticos e direcionando a alvos privilegiados de atuação, eventualmente por fases.

Conseguindo uma ação efetiva sobre os hábitos alimentares e de atividade física desde a infância e o desenvolvimento de estratégias de mudança de hábitos inadequados ou de colmatação de barreiras às escolhas saudáveis, promovem-se ganhos em saúde com benefícios claros para a população em geral. Há que mobilizar o potencial da promoção da saúde que existe nos vários setores da sociedade, nas comunidades locais e nas famílias.

BIBLIOGRAFIA

AARTS, H.; DIJKSTERHUIS, A.; DE VRIES, P. - On the psychology of drinking: being thirsty and perceptually ready. **British Journal of Psychology**. 92 (2001) 631-642.

AFONSO, A.; NUNES, C. - Estatística, probabilidades: aplicações e soluções. Lisboa: Escolar Editora, 2010.

ALKAHTANI, S.; ELKILANY, A.; ALHARIRI, M. - Association between sedentary and physical activity patterns and risk factors of metabolic syndrome in Saudi men: a cross-sectional study. **BMC Public Health**. 15:1234 (2015) 1-7.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS - Children, adolescents, and the media. **Pediatrics** 132 (2013)1958-1961.

ANTONOVSKY, A. - The salutogenic model as a theory to guide health promotion. **Health Promotion International**. 11:1 (1996) 11-18.

APPEL-SILVA, M.; WENDT, G.W.; ARGIMON, I.L. - A teoria da autodeterminação e as influências socio-culturais sobre a identidade. **Psicologia em Revista**. 16:2 (2010) 351-369.

ARES, G. *et al.* - Food and wellbeing: towards a consumer-based approach. **Appetite**. 74 (2014) 61-69.

ARMITAGE, C.J.; CONNER M. - Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. **British Journal of Sociology Psychology**. 40:Pt 4 (2001) 471-499.

BANDURA, A. - Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.

BANDURA, A. - Self-efficacy mechanism in human agency. **American Psychologist**. 37:2 (1982) 122-47.

BANDURA, A. - Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company, 1997.

BANDURA, A. - Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**. 84:2 (1977)191-215.

BARGIOTA, A. *et al.* - Eating habits and factors affecting food choice of adolescents living in rural areas. **Hormones and Behavior**. 12:2 (2013) 246–253.

BARTLEWSKI, P. - Effects of aerobic exercise on the social physique anxiety and body esteem of female college students. **Woman in Sport and Physical Activity Journal**. 5:2 (1996) 49-62.

- BAS, M.; KIZILTAN, G. - Relations among weight control behaviors and eating attitudes, social physique anxiety, and fruit and vegetable consumption in Turkish adolescents. **Adolescence**. 42:165 (2007) 167-178.
- BASSETT, R.; CHAPMAN, G.E.; BEAGAN, B.L. - Autonomy and control: the co-construction of adolescent food choice. **Appetite**. 50:2-3 (2008) 325-332.
- BAUDET, M.; DAUGAREIL, C.; FERRIERES, J. - Prévention des maladies cardiovasculaires et règles hygiéno-diététiques. **Annales de Cardiologie et d'Angéiologie**. 61:2 (2011) 93-98.
- BEARMAN, S.K. *et al.* - The skinny on body dissatisfaction: a longitudinal study of adolescent girls and boys. **Journal of Youth and Adolescence**. 35:2 (2006) 217-229.
- BENAVENTE, M.D. *et al.* - Factores de riesgo relacionados com transtornos en la conducta alimentaria en una comunidad de escolares. **Atencion Primaria**. 32 (2003) 403-409.
- BENTO C. *et al.* - Atitudes e comportamentos alimentares em uma população adolescente portuguesa: eating attitudes and behaviours in a portuguese adolescent sample. **Pediatrics**. 33:1 (2011) 21-28.
- BERKMAN, L.F. - The role of social relations in health promotion. **Psychosomatic Medicine**. 57:3 (1995) 245-254.
- BIRCH, L.L.; FISHER, J.O.; DAVISON, K.K. - Learning to overeat: maternal use of restrictive feeding practices promotes girl's eating in the absence of hunger. **American Journal of Clinical Nutrition**. 78:2 (2003) 215-220.
- BOLTE, A.; GOSCHKE, T.; KUHL, J. - Emotion and Intuition. **Psychological Science**. 14:5 (2003) 416-421.
- BOUTELLE, K.N. *et al.* - Fast food for family meals: relationships with parent and adolescent food intake, home food availability and weight status. **Public Health Nutrition**. 10:1 (2007) 16-23.
- BOUWMAN, L. *et al.* - I eat healthfully but I am not a freak.: consumer's everyday life perspective on healthful eating. **Appetite**. 53 (2009) 390-398.
- BRUNSTROM, J.M. - Dietary learning in humans: directions for future research. **Physiology & Behavior**. 85 (2005) 57-65.
- BRUNSTROM, J.M.; SHAKESHAFT, N.G.; SCOTT-SAMUEL, N.E. - Measuring 'expected satiety' in a range of common foods using a method of constant stimuli. **Appetite**. 51:3 (2008) 604-614.

BURGIĆ-RADMANOVIĆ, M.; GAVRIĆ, Z.; STRKIĆ, D. - Eating behavior disorders of female adolescents. **Psychiatra Danubina**. 21:3 (2009) 297-301.

CAMBRAIA, R.P.B. - Aspectos psicobiológicos do comportamento alimentar. **Revista de Nutrição**. 17:2 (2004) 217-225.

CANETTI, L.; BACHAR, E.; BERRY, E.M. - Food and Emotion. **Behavioural Processes**. 60:2 (2002) 157-164.

CARDOSO, S. *et al.* - Escolhas e hábitos alimentares em adolescentes: associação com padrões alimentares do agregado familiar. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 33:2 (2015) 128-136.

CARPENSEN, C.J.; POWELL, K.E.; CHRSTENSON, G.M. - Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health related research. **Public Health Report**. 100 (1985) 126-131.

CDC. NCHS. 2000 CDC growth charts: United States. Hyaltsville: NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. Center for Disease Control and Prevention U.S. Department of Health and Human Services, 2002.

CHAMPION, V.; SKINNER, C. - The Health Belief Model. In: GLANZ, K.; RIMER, B; VISWANATH, K. - Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco: John Wiley and Sons, 2008. 45-62.

CHARMAZ, K. - Constructing Grounded Theory: a practical guide through qualitative analysis. London: Sage Publications, 2006.

CHEEK, J. - Taking a view: qualitative research as representation. **Qualitative Health Research**. 6:4 (1996) 492-505.

CHEN, G.; GULLY, S.M.; EDEN, D. - Validation of a new General Self-Efficacy Scale. **Organizational Research Methods**. 4:1 (2001) 62-83.

CHRISTAKIS, N.; FOWLER, J.H.; - The spread of obesity in a large social network over 32 years. **New England Journal of Medicine**. 357:4 (2007) 370-379.

CHRISTENSEN, L. - The effect of food intake on mood. **Clinical Nutrition**. 20:Suppl 1 (2001) 161-166.

CONNER, M.; NORMAN, P. - Predicting health behaviour. Buckingham. Philadelphia: Open University Press, 1995.

CONTENTO, I.R. - Nutrition education: linking research, theory, and practice. **Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition**. 17:Supl. 1 (2008) 176-179.

- CONTENTO, I.R. *et al.* - Understanding the food choice process of adolescents in the context of family and friends. **Journal of Adolescent Health**. 38:5 (2006) 575-582.
- COON, K.A. *et al.* - Relationships between use of television during meals and children's food consumption patterns. **Pediatrics**. 107:1 (2001) E7.
- COON, K.A.; TUCKER, K.L. - Television and children's consumption patterns. A review of the literature. **Minerva Pediatrica**. 54 :5 (2002) 423-436.
- COSTARELLI, V.; ANTONOPOULOU, K.; MAVROVOUNIOTI, C. - Psychosocial characteristics in relation to disordered eating attitudes in Greek adolescents. **European Eating Disorders Review**. 19:4 (2011) 322-330.
- COUTO, A. - O modelo de crenças na saúde e a teoria do comportamento planeado na educação para a saúde. **Referência.1** (1998) 5-9.
- CRAIG, C.L. *et al.* - International Physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. **Medicine and Science in Sports and Exercise**. 35:8 (2003) 1381-1395.
- CROLL, J.K.; NEUMARK-SZTAINER, D.S.; STORY, M. - Healthy eating: what does it means to adolescents? **Journal of Nutrition Education**. 33:4 (2001) 193-198.
- DALKY H.F. *et al.* - Eating habits and associated factors among adolescent students in Jordan. **Clinical Nursing Research**. (2016). doi: 10.1177/1054773816646308
- DECI, E.L.; NEZLEK, J.; SHEINMAN, L. - Characteristics of the rewarder and intrinsic motivation of the rewardee. **Journal of Personality and Social Psychology**. 40:1 (1981)1-10.
- DEFORCHE, B.I.; DE BOURDEAUDHUIJ, I.M.; TANGHE A.P. - Attitude toward physical activity in normal-weight , overweight and obese adolescents. **Journal of Adolescent Health**. 38:5 (2006) 560–568.
- DERENNE, J.L.; BERESIN, E.V. - Body image, media and eating disorders. **Academic Psychiatry**. 30 (2006) 257-261.
- DIBSDALL, L.A. *et al.* - Low income consumers' attitudes and behavior towards access, availability and motivation to eat fruit and vegetables. **Public Health Nutrition**. 6:2 (2003) 159-168.
- DING, D. *et al.* - Community Food Environment, Home Food Environment, and Fruit and Vegetable Intake of Children and Adolescents. **Journal of Nutrition Education and Behavior**. 44:6 (2012) 634-638.

DIRKS, M.A.; TREAT, T.A.; WEERSING, V.R. - Integrating theoretical, measurement, and intervention models of youth social competence. **Clinical Psychology Review**. 27 (2007) 327-347.

DISHMAN, R.K. *et al.* - Construct validity of selected measures of physical activity beliefs and motives in fifth and sixth grade boys and girls. **Journal of Pediatric Psychology**. 38:5 (2013) 563-576.

DIXON H. *et al.* - The effects of television advertisements for junk food versus nutritious food on children's food attitudes and preferences. **Social Science & Medicine**. 65 (2007) 1311-1323.

DMITRUK, A. *et al.* - Relationship between diet and physical activity level in adolescents from post-grammar schools. **Roczniki Państwowego Zakładu Higieny**. 67:1 (2016) 37-44.

DONKIN, A.J. *et al.* - Mapping access to food in a deprived area: the development of price and availability indices. **Public Health and Nutrition**. 3:1 (2001) 31-38.

DUNCAN, M. *et al.* - The impact of socio-economic status on the physical activity levels of British secondary school children. **European Journal of Physical Education**. 7 (2002) 30-44.

EISENBERG, M.; NEUMARK-SZTAINER, D. - Peer harassment and disordered eating. **International Journal of Adolescent Medicine and Health**. 20 (2008) 155-164.

ELGIN, J.; PRITCHARD, M. - Gender differences in disordered eating and its correlates. **Eating Weight Disorders**. 11:3 (2006) 96-101.

ERRISURIZ, V.; PASCH, K.; PERRY, CH. - Perceived stress and dietary choices: the moderating role of stress management. **Eating Behaviors**. 22 (2016) 211-216.

ETO, K.; KOCH, P.; CONTENTO, I.R. - Variables of the Theory of Planned Behavior Are Associated with Family Meal Frequency among Adolescents. **Journal of Nutrition Education and Behavior**. 43:6 (2011) 525-530.

FERNANDES, E.; MAIA, A. - Grounded Theory. In: FERNANDES M.; ALMEIDA L. - Métodos e técnicas de avaliação: contributo para a prática e investigação psicológicas. Braga: Universidade do Minho. Centro de Estudos em Educação e Psicologia, 2001. 49-76.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. - Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory research. 1st ed. Reading, Addison-Wesley, 1975.

FITZGERALD, A. *et al.* - Factors influencing the food choices of Irish children and adolescents: a qualitative investigation. **Health Promotion International**. 25:3 (2010) 289-298.

FLATES, G.M.R.; SALLES, R.K. - Factores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. **Revista de Nutrição**. 14 Suppl (2001) 3-6.

FORDE, C.G.; ALMIRON-ROIG, E.; BRUNSTROM, J.M. - Expected satiety: application to weight management and understanding energy selection in humans. **Current Obesity Reports**. 4:1 (2015) 131-140.

FORTIN, M. - O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, 1999.

FRISÉN, A, HOLMQVIST, K. - What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys. **Body Image**. 7:3 (2010) 205-212.

GARNER, D.; GARFINKEL, P. - The eating attitudes test: an index of symptoms of anorexia nervosa. **Psychological Medicine**. 9 (1979) 273-279.

GERNER, B.; WILSON, P.H. - The relationship between friendship factors and adolescent girls' body image concern, body dissatisfaction, and restrained eating. **International Journal of Eating Disorders**. 37:4 (2005) 313-320.

GLASER, B.; STRAUSS, A. - The discovery of Grounded theory: strategies for qualitative research. New York, NY: Aldine Publishing, 1967. 271.

GONZÁLEZ-GROSS, M.; MELENDEZ, A. - Sedentarism, active lifestyle and sport: impact on health and obesity prevention. **Nutrition Hospitalaria**. 28 : suppl 5 (2013) 89-98.

GREEN, C. - Psychology of sport consumer behaviour. In: PARKS, J, QUARTERMAN J. Contemporary sport management. 2nd ed. Champaign. USA: Human Kinetics Publishers, 2003.

HAGGER, M.S., CHATZISARANTIS N.; BIDDLE, S.J.- The influence of self-efficacy and past behaviour on the physical activity intentions of young people. **Journal of Sports Science**. 19:9 (2001) 711-725.

HANDY, S.L. *et al.* - How the built environment affects physical activity: views from urban planning. **American Journal of Preventive Medicine**. 23:2 Suppl. 1 (2002) 64-73.

HANSON, N.; *et al.* - Associations between parental report of the home food environment and adolescent intakes of fruits, vegetables and dairy foods. **Public Health Nutrition**.

8:1 (2005) 77-85.

HLS-EU CONSORTIUM. - Comparative report on health literacy in eight EU member states: the European Health Literacy Project 2009–2012. Vienna: Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research; 2012.

HO, T.F.; *et al.* - Prevalence and profile of females at risk of eating disorders in Singapore. **Singapore Medical Journal**. 47 (2006) 499-503.

HOFMANN, W.; FRIESE, M.; WIERS, RW. - Impulsive versus reflective influences on health behavior: a theoretical framework and empirical review. **Health Psychology Review**. 2:2 (2008) 111-137.

HOGAN, M.J.; STRASBURGER, V.C. - Body image, eating disorders, and the media. **Adolescent Medicine State Art Review**. 9:3 (2008) 521-546, x-xi.

HOUPT, T.A. - Molecular neurobiology of ingestive behavior. **Nutrition**. 16:10 (2000) 827-836.

HOVELL, M.F.; *et al.* - Children's physical activity choices: a development analysis of gender, intensity levels, and time. **Pediatric Exercise Science**. 11 (1999) 158-168.

HUBLEY, J. - Health empowerment, health literacy and health promotion: putting all together. Leeds: International Health Promotion, 2002. [Consult. Jan 2012]. Disponível em: <http://www.hubley.co.uk/1hlhempow.hm>.

HUON, G.F. *et al.* - Assessing body and eating peer-focused comparisons: the dieting peer competitiveness (DPC) scale. **European Eating Disorders Review**. 10 (2002) 428-446.

INGRAM, D.K. - Age-related decline in physical activity: generalization to nonhumans. **Medical and Science in Sports and Exercise**. 32 (2000)1623-1629.

ISEN, A.M. *et al.* The influence of positive affect on the unusualness of word associations. **Journal of Personality and Social Psychology**. 48:6 (1985) 1413-1426.

JENKINS, S., HORNER, S. - Barriers that influence eating behaviors in adolescents. **Journal of Pediatric Nursing**. 20:4 (2005) 258-267.

JONES, D. C. - Body image among adolescent girls and boys body image among adolescent girls and boys: a longitudinal study. **Developmental Psychology**. 40:5 (2004) 823-835.

JUDGE, T.A. *et al.* - Self-efficacy and work-related performance: the integral role of individual differences. **Journal of Applied Psychology**. 92:1 (2007)107-127.

- KALAVANA, T.V.; MAES, S.; GUTCH, V. - Interpersonal and self-regulation determinants of healthy and unhealthy eating behavior in adolescents. **Journal of Health Psychology**.15 (2010) 44-52.
- KANDIAH, J. *et al.* - Stress influences appetite and comfort food preferences in college women. **Nutrition Research**. 26 (2006) 118–123.7.
- KEMM, J. - Health education and the problem of knowledge. **Health Promotion International**. 6:4 (1991) 291-296.
- KICKBUSCH, I.; WAIT, S.; MAAG, D. - Navigating health: the role of health literacy. London: Alliance for Health and the Future. International Longevity Centre-UK , 2006.
- KRAL, T.V.E.; FAITH, M.S. - Influences on child eating and weight development from a behavioral genetics perspective. **Journal of Pediatric Psychology**. 34:6 (2009) 596-605.
- KRISTJANSDOTTIR, G.; VILHJALMSSON, R. - Sociodemographic differences in patterns of sedentary and physically active behavior in older children and adolescents. **Acta Paediatrica**. 90 (2001) 429-435.
- KYE, S.Y.; KWON, J.H.; PARK, K. - Happiness and health behaviors in South Korean adolescents : a cross-sectional study. **Epidemiology and Health**. 38 (2016) 1-7.
- LAPPAILAINEN, R.; KEARNEY, J.; GIBNEY, M. - A PAN EU survey of consumer attitudes to food, nutrition and health: an overview. **Food Quality and Preference**. 9:6 (1998) 467-478.
- LARSON, N.I. *et al.* - Fast food intake: longitudinal trends during the transition to young adulthood and correlates of intake. **Journal of Adolescent Health**. 43 (2008) 79-86.
- LARSON, N.I. *et al.* - Predictors of fruit and vegetable intake in young adulthood. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**. 112:8 (2012) 1216-1222.
- LARSON, N.I.; STORY, M.T. - A Review of environmental influences on food choices. **Annals of Behavioral Medicine**. 38 (2009) S56-S73.
- LAWMAN, H.G.; WILSON, D.K. - A review of family and environmental correlates of health behaviors in high-risk youth. **Obesity**. 20:6 (2012) 1142-1157.
- LOUREIRO, I.; MIRANDA, N. - Promover a saúde: dos fundamentos à acção. Lisboa: Almedina, 2010.
- LUNDAHL, A. *et al.* - Gender differences in the relationship between impulsivity and disordered-eating behaviors and attitudes. **Eating Behaviors**. 18 (2015) 120-124.

- MANCUSO, J.M. - Health literacy: a concept/dimensional analysis. **Nursing Health Science**. 10:3 (2008) 248-255.
- MANSKI, C. F. - Identification of endogenous social effects: the reflection problem. **Review of Economic Studies**. 60:3 (1993) 531-542.
- MANTILLA, E.F.; BIRGEGÅRD, A. - Eating disorder examination questionnaire: norms and clinical reference data from adolescent boys and girls in Sweden. **Psychiatry Research**. 30:239 (2016) 156-162.
- MAROCO, J.P. - Análise estatística com o SPSS statistics. 5ª ed.. Pêro Pinheiro: ReportNumber, 2011.
- MARQUES, A. *et al.* - Hábitos alimentares: validação de uma escala para a população portuguesa: Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**. 15:2 (2011) 402-409.
- MARTENS, E.A. *et al.* - Sex differences in HPA axis activity in response to a meal. **Physiol Behav**. 106:2 (2012) 272-277.
- MARTINEZ-GOMES, D. *et al.* - Excessive sedentary time and low cardiorespiratory fitness in European adolescents: the HELENA study. **Archives Disease in Childhood**. 96:3 (2011) 240-246.
- MATOS, M.; GONÇALVES, M. - Narrativas da violência conjugal: um estudo sobre os processos de construção da identidade da mulher: relatório de investigação. Braga: CEEP. Universidade do Minho, 2000.
- MATOS, M.G. *et al.* – Relatório do estudo Health Behavior in School Aged Children: a saúde dos adolescentes portugueses em tempo de recessão – dados nacionais 2014. Lisboa: Centro de malária e outras doenças tropicais/IHMT/UNL e FMH. Universidade de Lisboa, 2015.
- MATOS, M.G. *et al.* - Social support influences on eating awareness in children and adolescents: the mediating effect of self-regulatory strategies. **Global Public Health**. 11:4 (2016) 437-448.
- MCCABE, M.P.; RICCIARDELI, L.A. - A longitudinal study of pubertal timing and extreme body change behaviors among adolescent boys and girls. **Adolescence**. 39 (2004) 145-166.
- MERIO, E. *et al.* - Stress and feeding behavior: focus on the interactions between corticotropin. **Advances in the Biosciences**. 90 (1993) 25-31.
- MOTA, J.; SALLIS, J.S. - A actividade física e saúde: factores de influência da actividade física nas crianças e nos adolescentes. Porto: Campo das Letras, 2002.

MOUSA, T. *et al.* - Eating disturbances among adolescent schoolgirls in Jordan. **Appetite**. 54 (2010) 196-201.

NEUMARK-SZTAINER, D. *et al.* - Does body satisfaction matter? Five-year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. **Journal of Adolescent Health**. 39:2 (2006) 244-251.

NEUMARK-SZTAINER, D. *et al.* - Psychosocial concerns and health-compromising behaviors among overweight and nonoverweight adolescents. **Obesity Research**. 5 (1997) 237-249.

NEUMARK-SZTAINER, D. *et al.* - Sociodemographic and personal characteristics of adolescents engaged in weight loss and weight/muscle gain behaviors: who is doing what?. **Preventive Medicine**. 28 (1999a) 40-50.

NEUMARK-SZTAINER, *et al.* - Factors influencing food choices of adolescents: findings from focus-group discussions with adolescents. **Journal of American Dietetic Association**. 99 (1999b) 929-937.

NUTBEAM, D. - Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**. 15 (2002) 259-267.

NUTBEAM, D. - Health literacy: what do we know?: where do we go?. In: International Union for Health Promotion and Education Conference, Vancouver, British Columbia, 10 - 15 June 2007 - Health Literacy. Saint Maurice, France: IUHPE, 2007.

NUTBEAM, D. - The evolving concept of health literacy. **Social Science and Medicine**. 67 (2008) 2072-2078.

NUTBEAM, D.; KICKBUSH, I. - Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. **Health Promotion International**. 15:3 (2000) 183-184.

O'DEA, J. - Why do kids eat healthful food?: perceived benefits of and barriers to healthful eating and physical activity among children and adolescents. **Journal of the American Dietetic Association**. 103:4 (2003) 497-500.

OGDEN, J. - The psychology of eating: from healthy to disordered behavior. Malden, US: Blackwell Publishing, 2003.

O'LEARY, A. - Self-efficacy and health: behavioral and stress-physiological mediation. **Cognitive Therapy and Research**. 16:2 (1992) 229-245.

OLIVER, G.; WARDLE, J. - Perceived effects of stress on food choice. **Physiology and Behavior**. 66 (1999) 511-515.

PADEZ, C. - Actividade física, obesidade e saúde: uma perspectiva evolutiva. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 20:1 (2002) 11-20.

PARRY, G.; WATTS, F. - Behavioural and mental health research: a handbook of skills and methods. 2nd ed. New York. Psychology Press, 1996.

PEARSON, N. *et al.* - Patterns of adolescent physical activity and dietary behaviours. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**. 6 :Cvd (2009) 45.

PEDERSEN, S.; GRONHOJ, A.; THOGERSEN, J. - Following family or friends: social norms in adolescent healthy eating. **Appetite**. 86 (2015) 54-60.

PENEDO, F.J.; DAHN, J.R. - Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. **Current Opinion Psychiatry**. 18:2 (2005) 189-193

PEREIRA, A.T. *et al.* - Teste de Atitudes Alimentares – 25: validade para o rastreio das perturbações do comportamento alimentar. **Psiquiatria Clínica**. 32:2 (2011) 89-104.

PEREIRA, A.T. *et al.* - The Portuguese Short Form of the Eating Attitudes Test-40 European Eating Disorders. **European Eating Disorders Review**. 16 (2008) 319-325.

PLINER, P.; STALLBERG-WHITE, C. - Pass the ketchup, please: familiar flavours increase children's willingness to taste novel foods. **Appetite**. 34 (2000) 95-103.

POÍNHOS, R. - Influência dos pares nos hábitos alimentares de crianças e adolescentes. **Alimentação Humana**. 16:2 (2010) 19-30.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. - Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLLARD, T.; STEPTOE, A.; WARDLE, J. - Motives underlying healthy eating: using the food choice questionnaire to explain variation in dietary intake. **Journal of Biosocial Science**. 30:2 (1998)165-179.

PROCHASKA, JO, DICLEMENTE, CC, NORCROSS, JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviours. **American Psychologist**. 47:9 (1992) 1102-1114.

RASK, M, UUSIAUTTI, S, MÄÄTTÄ, K. The fourth level of health literacy. **International Quarterly Community Health Education**. 34:1 (2013-2014) 51-71.

REMA, A. *et al.*. Preoccupation with weight and disordered eating behaviors of entering students at a University in Lebanon Article first published online: 14 MAY 2002. **International Journal of Eating Disorders**. 32:1 (2002) 52-57.

RIBEIRO, G.; SANTOS, O. - Recompensa alimentar: mecanismos envolvidos e implicações para a obesidade. **Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo**. 8:2 (2013) 82-88.

RIBEIRO, J.P. - Adaptação de uma Escala de Avaliação da Auto-eficácia Geral. Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, 1995. [Consult. Set. 2011]. Disponível em: <http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/EFICACIA.htm>;

RIBEIRO, J.P. - Metodologia da investigação em psicologia e saúde. 3ª ed. Porto: Legis Editora, 2010.

RIMER, B. - Models of individual health behavior. In: GLANZ K, RIMER B, VISWANATH K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco: John Wiley and Sons, 2008. 41-162.

ROBINSON, E.; HIGGS, S. - Liking Food less: the impact of social influence on food liking evaluations in female students. **PLoS One**. 7:11 (2012) 1-7.

ROJO, L. *et al.* - Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. **International Journal of Eating Disorders**. 34:3 (2003) 281-291.

ROOS, E.; LEHTO, R.; RAY, C. - Parental family food choice motives and children's food intake. **Food Quality and Preference**. 24:1 (2012) 85-91.

ROSENBERG, D.E. *et al.* - Covariation of adolescent physical activity and dietary behaviors over 12 months. **Journal of Adolescent Health**. 41:5 (2007) 472-478.

ROWLAND, T.W. - The biological basis of physical activity. **Medical and Science in Sports and Exercise**. 30 (1998) 392-399.

RUDD, R.E. - Illuminating the pathways from literacy to health outcomes. In: International Union for Health Promotion and Education Conference, Vancouver, British Columbia, 10-15 June 2007 - Health Literacy. Saint Maurice, France: IUHPE, 2007.

SALLIS, J.F.; PROCHASKA, J.J.; TAYLOR, W.C. - A review of correlates of physical activity of children and adolescents. **Medical and Science in Sports and Exercise**. 32:5 (2000) 963-975.

SANTOS, O. - O papel da literacia em saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. **Diabetes & Obesidade**. 4:3 (2010) 127-134.

- SAVAGE, J.S.; FISHER, J.O.; BIRCH, L.L. - Parental influence on eating behavior. **Journal of Law, Medicine and Ethics**. 35:1 (2008) 22-34.
- SCAGLIONI, S. *et al.* - Determinants of children' s eating behavior. **American Journal of Clinical Nutrition**. 94:6 Suppl (2011) S2006-2011.
- SCHNETTLER, B. *et al.* - Eating habits and subjective well-being: a typology of students in Chilean state universities. **Appetite**. 89 (2015) 203-214.
- SEABRA, A.F. - Determinantes biológicos e socio-culturais na atividade física. **Cadernos de Saúde Pública**. 24:4 (2008) 721-736.
- SHEPHERD, R. - Social determinants of food choice. **Proceedings of the Nutrition Society**. 58 (1999) 807-812.
- SHEPHERD, R.; DENNISON, C. - Influences on adolescent food choice. **Proceedings of the Nutrition Society**. 55 (1996) 345-357.
- SHERER, M *et al.* - The Self-Efficacy Scale: construction and validation. **Psychological Reports**. 51 (1982) 663-671.
- SILVA, I.; RIBEIRO, J.P.; CARDOSO, H. - Porque comemos o que comemos: determinantes psicossociais da selecção alimentar. **Psicologia, Saúde & Doenças**. 9:2 (2008) 189-208.
- SILVENNOINNEN, M. - On the connections between sport motives and manifested physical activity among school-aged boys and girls. In: HAAJANEN, T., ed. lit. - Research institute of physical culture and health yearbook. (1979) 56-68. (Reports of Physical Culture and Health; 27).
- SLEDDENS, E. *et al.* - Determinants of dietary behavior among youth: an umbrella review. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical activity**.12:7 (2015) 1-22.
- SMITH, E.C.; DECOSTER, J. - Dual-process models in social and cognitive psychology: Conceptual integration and links to underlying memory systems. **Personality and Social Psychology Review**. 4 (2000) 108-131.
- SOARES, M.J. *et al.* - A versão portuguesa do Teste de Atitudes Alimentares-40. **Psiquiatria Clínica**. 18 (2004)11-24.
- SONSTROEM, R.J. - Exercise and self-esteem. **Exercise & Sport Sciences Reviews**. 12:1 (1984) 123-156.

SORENSEN, L.B. *et al.* - Effect of sensory perception of foods on appetite and food intake: a review of studies on humans. **International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders**. 27 (2003)1152-1166.

STELLEFSON, M. *et al.* - eHealth literacy among college students: a systematic review with implications for eHealth education. **Journal of Medical Internet Research**. 13:4 (2011) e102.

STEVENSON, C. *et al.* - Adolescents' views of food and eating: Identifying barriers to healthy eating. **Journal of Adolescence**. 30:3 (2007) 417-434.

STICE, E. *et al.* - Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: Long-term effects from a randomized efficacy trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 76:2 (2008) 329-340.

STORY, M.; *et al.* - Psychosocial factors and health behaviors associated with inadequate fruit and vegetable intake among American-Indian and Alaska-Native adolescents. **Journal of Nutrition Education**. 30 (1998)100-106.

STORY, M.; NEUMARK-SZTAINER, D.; FRENCH, S. - Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. **Journal of the American Dietetic Association**. 102:3 Suppl (2002) S40-S51.

STRACK, F.; DEUTSCH, R. - Reflective and impulsive determinants of social behavior. **Personality and Social Psychology Review**. 8:3 (2004) 220-247.

STREUBERT, H.J.; CARPENTER, D.R. - Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista. Loures: Lusociência, 2002.

SURÍS, J.; PARERA, N. - Don't stop, don't stop: physical activity and adolescence. **International Journal of Adolescence Medical Health** 17 (2005) 67-80.

TEIXEIRA, P.; PATRICK, H.; MATA, J. - Why we eat what we eat: the role of autonomous motivation in eating behaviour regulation. **Nutrition Bulletin**. 36 (2011) 102-107.

TRACY, A.L.; LEONARD, E.J.; DAVIDSON, T.L. - The hippocampus and motivation revisited: appetite and activity. **Behavioural Brain Research**. 127 (2001)13-23.

UEDA, M.H.; PORTO R.B.; VASCONCELOS, L.A. - Publicidade de alimentos e escolhas alimentares de crianças. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 30:1(2014) 53-61.

UTTER, J. *et al.* - Couch potatoes or French fries: are sedentary behaviors associated with body mass index, physical activity and dietary behaviors among adolescents? **Journal of the American Dietetic Association**. 103 (2003)1298-1305.

- VENTURA, A.K.; BIRCH, L.L. - Does parenting affect children's eating and weight status? **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**. 5 (2008)15.
- VIANA, V.; SANTOS, P.; GUIMARÃES, M.J. - Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: uma revisão da literatura. **Psicologia, Saúde e Doenças**. 9:2 (2008) 209-231.
- VIDEON, T.; MANNING, C. - Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. **Journal of Adolescent Health**. 32 (2003) 365-373.
- VILHJALMSSON, R.; KRISTJANSDOTTIR, G. - Gender differences in physical activity in older children and adolescents: the central role of organized sport. **Social Science and Medicine**. 56 (2003) 363-374.
- WALSTON, K.A. - Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's Social Learning Theory modified for health. **Cognitive Therapy and Research**. 16:2 (1992) 183-199.
- WARDLE, J. *et al.* - Stress, dietary restraint and food intake. **Journal of Psychosomatic Research**. 48:2 (2000) 195-202.
- WEBER, L. *et al.* - Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 17:3 (2004) 323-331.
- WEINBERG, R. *et al.* - Motivation for young participation in sport and physical activity: relationships to culture, self-reported activity levels, and gender. **International Journal of Sport Psychology**. 31 (2000) 321-346.
- WEINSTEIN, N.; SANDMAN, P.; BLALOCK, S. - The precaution adoption process model. In: GLANZ, K.; RIMER, B.; VISWANATH, K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco: John Wiley and Sons, 2008.41-162.
- WEISS, M.; FERRER-CAJA, E. - Motivational orientations and sport behavior. In: HORN, T. - Advances in sport psychology. 2nd ed. USA: Human Kinetics, 2002. 101-170.
- WESTENHOEFFER, J. - Age and gender dependent profile of food choice. In: Elmadfa I. - Diet diversification and health promotion. Vienna: S Karger, 2005. 44-51.
- WHO - Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization, 1998. Disponível em: www.who.int/healthpromotion/.../HPR%20Glossary%201998.pdf
- WHO - World health statistics. Copenhagen: World Health Organization, 2013.

WIEDENFELD, S. *et al.* - Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of the immune system. **Journal of Personality and Social Psychology**. 59:5 (1990)1082-1094.

WOLD, B, ANDERSEN, N. - Health promotion aspects of family and peer influences on sport participation. **International Journal of Sport Psychology**. 23 (1992) 343-359.

YUAN, A. - Body perceptions, weight control behavior, and changes in adolescents' psychological well-being over time: a longitudinal examination of gender. **Journal of Youth and Adolescence**. 39:8 (2010) 927-939.

ZUERCHER, J.L.; WAGSTAFF, D.A.; KRANZ, S. - Associations of food group and nutrient intake, diet quality, and meal sizes between adults and children in the same household: a cross-sectional analysis of U.S. households. **Nutrition Journal** .10:1 (2011) 131.

ANEXOS

ANEXO I

Tabelas relativas a médias e scores resultantes da aplicação das escalas e distribuição das categorias de atividade física por idade e escalão socioeconómico.

Tabela 15. Médias obtidas pela aplicação da EHA – Componente quantitativa do estudo

	Amostra n=358			
	Mínimo	Máximo	Média	D.P.
Global	2,15	4,3	3,434	0,346
Quantidade	1,43	5	3,069	0,412
Qualidade	1,79	4,57	3,350	0,587
Variedade	2	5	3,772	0,527
Adequação	2,09	4,36	3,527	0,430

Tabela 16. Scores obtidos pela aplicação da EHA, por sexo

	Rapazes n=168		Raparigas n=190	
	Média	D.P.	Média	D.P.
Global	134,43	13,716	139,96	13,478
Quantidade	20,94	3,83	21,97	4,296
Qualidade	45,45	5,658	48,20	5,586
Variedade	29,77	4,146	30,54	4,265
Adequação	38,28	4,788	39,27	4,656

Tabela 17. Médias obtidas pela aplicação da EHA, por sexo

	Rapazes		Raparigas	
	Média	D.P.	Média	D.P.
Global	3,3609	0,343	3,4991	0,337
Quantidade	2,9915	0,547	3,1391	0,613
Qualidade	3,2462	0,404	3,4429	0,398
Variedade	3,7210	0,518	3,8178	0,533
Adequação	3,4800	0,435	3,5699	0,423

Tabela 18. Scores obtidos por aplicação da escala EHA, por idade.

	14 anos		15 anos		16 anos		17 anos		18 anos	
	n=32		n=125		n=107		n=69		n=21	
	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.
Global	139,59	13,912	136,62	14,258	137,97	12,579	136,88	14,986	137,67	15,124
Quantidade	20,69	4,789	21,25	3,818	21,30	3,854	22,64	3,788	21,86	6,126
Qualidade	47,19	5,916	46,02	5,926	47,21	5,658	47,68	5,994	47,95	4,466
Variedade	30,72	3,970	30,29	4,167	30,48	3,975	29,04	4,735	30,43	3,919
Adequação	41,00	3,408	39,06	4,635	39,04	4,451	37,52	5,337	37,43	5,427

Tabela 19. Médias obtidas por aplicação da escala EHA, por idade.

	14 anos		15 anos		16 anos		17 anos		18 anos	
	n=32		n=125		n=107		n=69		n=21	
	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.
Global	3,4898	,347	3,4156	,356	3,4495	,315	3,4221	,374	3,4417	,378
Quantidade	2,9554	,684	3,0354	,545	3,0427	,550	3,2340	,541	3,1224	,875
Qualidade	3,3705	,422	3,2874	,423	3,3718	,404	3,4058	,428	3,4252	,319
Variedade	3,8398	,496	3,786	,520	3,8096	,496	3,6304	,591	3,8036	,489
Adequação	3,7273	,309	3,5513	,421	3,5489	,404	3,4111	,485	3,4026	,493

Tabela 20. Média dos scores obtidos por aplicação da EHA, por escalão socioeconómico

	Sem subsídio		Pouco carenciado		Carenciado		Muito carenciado	
	n=311		n=27		n=17		n=3	
	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.
Global	138,17	13,759	132,07	11,819	133,29	16,335	124,33	8,145
Quantidade	21,70	4,070	19,59	4,181	21,53	3,793	16,67	4,163
Qualidade	47,20	5,725	44,56	5,265	45,41	7,063	46,33	3,512
Variedade	30,27	4,220	29,48	3,412	30,24	5,403	26,33	2,309
Adequação	39,02	4,759	38,44	3,984	36,12	4,715	35,00	4,359

Tabela 21. Médias das classificações por item, por aplicação da EHA, por escalão socioeconómico.

	Sem subsídio		Pouco carenciado		Carenciado		Muito carenciado	
	n=311		n=27		n=17		n=3	
	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.
Global	3,4544	,344	3,3019	,295	3,3324	,408	3,1083	,203
Quantidade	3,0997	,581	2,7989	,597	3,0756	,542	2,381	,594
Qualidade	3,38714	,408	3,1825	,376	3,2437	,504	3,3095	,251
Variedade	3,7842	,527	3,6852	,426	3,7794	,675	3,2917	,288
Adequação	3,5472	,432	3,4949	,362	3,2834	,428	3,1818	,396

Tabela 22. Distribuição dos adolescentes por categoria de atividade física, por sexo

	Rapazes	Raparigas
Sedentários	6	30
Ativ.moderada	26	53
Ativ.elevada	135	104
Total	167	187

Tabela 23. Caracterização da amostra relativamente aos resultados da aplicação do IPAQ – scores totais

	Amostra n=358		Rapazes		Raparigas	
	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.
Score total	4626	2922	5528	3119	3820	2479
Sedentários	1306	457	1079	362	1353	466
Ativ. moderada	2485	1153	2850	1602	2313	830
Ativ. elevada	5811	2758	6222	2968	5277	2368

Tabela 24. *Distribuição por categoria de atividade física, por idade*

	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos
	n=32	n=125	n=107	n=69	n=21
Sedentários	3	11	12	8	2
Atividade moderada	7	31	23	12	5
Atividade elevada	22	83	71	46	14

Tabela 25. *Distribuição por categoria de atividade física, por escalão socioeconómico*

	Sem subsídio	Pouco carenciado	Carenciado	Muito carenciado	Total
	n=311	n=27	n=17	n=3	
Sedentários	33	2	1	0	36
Atividade moderada	70	7	2	0	79
Atividade elevada	204	18	14	3	239
Total	307	27	17	3	354

Tabela 26. *Caracterização da amostra – Atitudes alimentares (risco de desenvolvimento de patologia do comportamento alimentar)*

	Amostra n=358			
	Mínimo	Máximo	Média	D.P.
Global (0-75)	0	35	5,98	6,14
Motiv. para magreza (0-42)	0	25	2,39	3,82
Comp. Bulímicos (0-24)	0	12	0,94	1,73
Pressão social (0-9)	0	9	0,62	1,46

Tabela 27. Médias do score obtidas por aplicação da TAA-25, por idade

	14 anos		15 anos		16 anos		17 anos		18 anos	
	n=32		n=125		n=107		n=69		n=21	
	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.
Total	5,03	5,62	5,9	5,85	6,03	5,98	6,43	7,04	6,38	6,84
Motiv. Magreza	1,78	3,51	2,28	3,69	2,41	3,64	2,91	4,7	2,05	2,8
Comp.bulimicos	0,84	1,44	0,83	1,33	0,95	2,01	1,01	1,8	1,66	2,4
Pressão social	0,56	1,41	0,62	1,59	0,71	1,57	0,56	1,2	0,47	1,07

Tabela 28. Distribuição dos casos de risco/sem risco, por idade

	14 anos		15 anos		16 anos		17 anos		18 anos	
	n=32		n=125		n=107		n=69		n=21	
Risco	16		2		5		4		3	
Sem risco	342		30		120		103		66	

Tabela 29. Médias obtidas pela aplicação da TAA-25, por escalão socioeconómico

	Sem subsídio		Pouco carenciado		Carenciado		Muito carenciado	
	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.
Score total	5,94	6,14	6,74	6,57	5,71	6,15	4,67	3,78
Motiv. Magreza	2,37	3,77	2,74	4,59	2,23	3,75	1,33	2,3
Comp. Bulímicos	,99	1,75	,703	1,81	0,71	1,31	0,00	0,00
Pressão social	,549	1,36	1,33	2,32	0,35	0,86	2,67	1,52

Tabela 30. Distribuição dos casos de risco/sem risco, por escalão socioeconómico

	Sem subsídio		Pouco carenciado		Carenciado		Muito carenciado	
	n=311		n=27		n=17		n=3	
	Risco	14		1		1		0
Sem risco	297		26		16		3	

Tabela 31. Caracterização da amostra - Scores obtidos por aplicação da escala de autoeficácia geral

	Amostra n=358			
	Mín	Máx	Média	D.P.
Atotal (15-105)	29	105	78,38	13,7
Inic. e Persistência (6-42)	8	42	30,47	6,56
Resist. a adversidade (5-35)	9	35	27,7	5,33
Eficácia social (4-28)	4	47	20,3	4,46

Tabela 32. Médias dos scores obtidos por aplicação da escala de autoeficácia geral, por sexo

	Rapazes		Raparigas	
	Média	D.P.	Média	D.P.
Global	80,27	13,87	76,75	13,3
Inic. e pers.	31,73	6,24	29,38	6,65
Efic. adv.	27,86	5,16	27,55	5,48
Efic.soc	20,87	4,84	19,82	4,05

Tabela 33. Médias dos scores obtidos por aplicação da escala de autoeficácia geral, por idade

	14		15		16		17		18	
	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.
Global	80,12	13,74	79,9	13,75	76,26	14,63	77,69	12,26	80,62	12,25
Inic. e pers.	31,5	6,25	31,14	6,5	29,38	7,04	30,23	6,21	31,57	6,03
Efic.. adv.	28,34	4,79	27,94	5,44	27,12	5,85	27,73	4,89	28,9	3,82
Efic. Soc	20,28	4,05	21,07	4,68	19,76	4,27	19,74	3,88	20,14	5,95

Tabela 34. Médias dos scores obtidos por aplicação da escala de autoeficácia geral, por escalão socioeconómico

	Sem subsidio		Pouco carenciado		carenciado		Muito carenciado	
	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.
Global	79,28	13,02	73,69	14,14	69,94	20,07	74,66	11,7
Inic. e pers.	30,75	6,3	28,81	7,61	28,12	8,87	29,33	4,93
Efic. adv.	28,03	4,99	25,81	6,17	24,65	8,27	27,00	2,64
Efic.soc	20,6	4,44	19,08	3,8	17,18	4,31	18,33	5,03

Tabela 35. Médias de scores obtidos na escala de autoeficácia geral, total e por subdimensões, por categoria de atividade física

	Autoeficácia geral		Iniciativa e Persistência		Resistência adversidade		Eficácia social	
	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.
Sedentários	73,74	2,76	28,8	1,43	25,14	1,03	19,8	,66
Ativ. moderada	75,46	1,41	29,43	,67	26,57	,552	19,8	,56
Ativ. elevada	80,39	,84	31,17	,414	28,61	,33	20,62	,278

ANEXO II



DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Susana Margarida Macedo Cardoso, a realizar o Doutoramento em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, pretende desenvolver a sua tese através de um trabalho de investigação subordinado ao tema “Escolhas alimentares e de atividade física: fatores moduladores das opções dos adolescentes”.

Nesse sentido, solicita a sua colaboração para autorizar a participação do seu (sua) filho(a), salientando desde já a importância do seu contributo para a realização deste estudo.

Acerca do referido estudo, há que informar:

- O uso da informação fornecida é apenas para este estudo e não será facultada a outras pessoas para além da investigadora;
- Os dados serão recolhidos através de questionário sobre hábitos alimentares e de atividade física e razões das escolhas, e não será solicitado qualquer outro dado relativo a questões pessoais para além da idade, sexo e ano de escolaridade.
- Poderá, apenas em alguns casos, ser realizada uma entrevista gravada em áudio, para a qual se solicita autorização para a utilização de gravador, sendo o material posteriormente destruído, no prazo máximo de 6 meses;
- Após a colheita de dados, os participantes terão direito a ouvir as informações podendo retificar qualquer declaração;
- Os benefícios relacionam-se com o melhor conhecimento de uma realidade e a possibilidade da melhoria das intervenções relacionadas com a saúde do próprio e dos demais;
- O objetivo é apenas obter informações acerca da alimentação dos adolescentes, numa perspetiva das razões pelas quais optam por determinados alimentos e hábitos de atividade física.
- A decisão de participação no estudo é voluntária, ficando deste modo salvaguardado o direito a recusa, tanto neste momento como em qualquer outro, ao longo do processo de investigação;
- A privacidade e anonimato serão salvaguardados ao longo do estudo; Os dados serão recolhidos em ambiente de privacidade e a identificação dos participantes em caso algum será divulgada.
- Em caso de dúvida, necessidade de informação adicional ou reclamação, poderá contactar com o autor do trabalho cuja identificação e contacto foi fornecido (tm 933401926 mail: sm.cardoso@ensp.unl.pt)

Eu, abaixo-assinado, declaro que aceito a participação do meu (minha) filho(a)/Educando(a) no trabalho de Investigação, tendo como referência a informação que me foi fornecida e clarificada através deste documento:

Assinatura do Encarregado de Educação do participante _____ Data _____

O Encarregado de Educação foi por mim informado sobre a natureza e objetivo do estudo

Assinatura da investigadora _____ Data _____

Compreendi as informações constantes deste documento e aceito participar

Aluno(a) (nome completo) _____ Ano/turma _____



Aluno(a) (nome completo) _____ Ano/turma _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Na sequência de anterior contato, em que foi solicitada autorização para a participação do seu(ua) educando(a) no trabalho de investigação, no âmbito de doutoramento, subordinado ao tema “*Escolhas alimentares e de atividade física: fatores moduladores das opções dos adolescentes*”, tendo o seu filho(a) respondido ao referido questionário, venho agora solicitar a oportunidade de fazer uma curta entrevista individual para assim recolher algumas opiniões pessoais.

Reforço as seguintes informações, já fornecidas aquando da primeira autorização:

- A entrevista durará em média 10 minutos.
- O uso da informação fornecida é apenas para este estudo e não será facultada a outras pessoas para além da investigadora;
- Não será solicitado qualquer outro dado relativo a questões pessoais para além da idade, sexo e ano de escolaridade.
- A privacidade e anonimato serão salvaguardados ao longo do estudo; A identificação dos participantes em caso algum será divulgada.
- Em caso de dúvida, necessidade de informação adicional ou reclamação, poderá contactar com o autor do trabalho cuja identificação e contacto foi fornecido (tm 933401926 mail: sm.cardoso@ensp.unl.pt)

Eu, abaixo-assinado, declaro que aceito a participação do meu (minha) filho(a)/Educando(a) como participante de uma entrevista sobre hábitos alimentares e de atividade física no âmbito do trabalho de Investigação/doutoramento, tendo como referência a informação que me foi fornecida e clarificada através deste documento:

Assinatura do Encarregado de Educação do participante:

_____ Data _____

O Encarregado de Educação foi por mim informado sobre a natureza e objetivo do estudo

Assinatura da investigadora _____ Data _____

MUITO OBRIGADA

Exmo. Sr. Diretor da
Escola Secundária Avelar Brotero

ASSUNTO: Pedido de colaboração da Escola Secundária de Avelar Brotero em projeto de doutoramento em Saúde Pública

Excelentíssimo Senhor Diretor,

É importante desenvolver estudos que permitam a aplicação de estratégias de promoção da saúde, no sentido de assegurar uma alimentação adequada associada a atividade física, contribuindo para melhorar a saúde, individual e pública, e produzir ganhos em saúde. Os hábitos adquiridos na infância e adolescência prevalecem frequentemente durante o estado adulto. Para tal, é importante compreender os mecanismos subjacentes às escolhas efetuadas durante a juventude. Tal entendimento pode ser igualmente relevante para a prevenção e tratamento de eventuais situações de doença.

No contexto do meu doutoramento, pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, encontro-me a realizar um conjunto de estudos que visam identificar fatores moduladores das opções dos adolescentes, no âmbito da alimentação e atividade física.

Para o efeito, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência a autorização para integrar no meu estudo os vossos alunos do 10º ao 12º anos de escolaridade (3 turmas de cada um dos anos referidos), aplicando questionários destinados a avaliar comportamentos e atitudes alimentares assim como padrão de atividade física e autoeficácia. Numa fase posterior, poderão ser realizadas entrevistas pessoais e privadas a alguns alunos.

A resposta à totalidade dos referidos instrumentos de avaliação tem uma duração média de 20 minutos. O ideal seria que o instrumento fosse aplicado em sala de aula, com recolha direta pelo docente. Poderá, segundo a vossa preferência, ser aplicado com a minha deslocação à escola, para o efeito.

Será mantida toda a confidencialidade dos dados (que não acarretam invasão relevante de privacidade) que servirão única e exclusivamente para efeitos desta investigação. Os dados serão tratados de forma agrupada, pelo que o anonimato de cada aluno participante está garantido. Aos participantes e respetivos pais será fornecida uma declaração de consentimento informado, de acordo com os preceitos legais e com informação acerca da investigação, de modo a obter a autorização dos mesmos.

Os dados e conclusões obtidas, serão fornecidas à Escola para conhecimento e eventuais estratégias de promoção da Saúde, mesmo não sendo a caracterização dos alunos da Escola, um objetivo deste trabalho. Pretende-se apenas uma amostra respeitante a adolescentes de

uma escola oficial e urbana, com acesso fácil a transportes públicos e ofertas diversificadas, com uma população estudantil heterogénea, pelo que a escola Avelar Brotero corresponde ao ideal pretendido. Esta colaboração é de especial importância para o sucesso do estudo.

Disponibilizo-me para qualquer esclarecimento adicional.

Desde já muito grata,
com os meus melhores cumprimentos,

Coimbra, 4 de Setembro de 2012

Susana Margarida Macedo Cardoso

ANEXO III

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDADE FÍSICA (IPAQ)

As questões que lhe vou colocar, referem-se à semana imediatamente anterior, considerando o tempo em que esteve fisicamente activo/a. Por favor, responda a todas as questões, mesmo que não se considere uma pessoa fisicamente activa. Vou colocar-lhe questões sobre as actividades desenvolvidas na sua actividade profissional e nas suas deslocações, sobre as actividades referentes aos trabalhos domésticos e às actividades que efectuou no seu tempo livre para recreação ou prática de exercício físico / desporto.

Ao responder às seguintes questões considere o seguinte:

Actividades físicas vigorosas referem-se a actividades que requerem um esforço físico intenso que fazem ficar com a respiração ofegante.

Actividades físicas moderadas referem-se a actividades que requerem esforço físico moderado e tornam a respiração um pouco mais forte que o normal.

Ao responder às questões considere apenas as actividades físicas que realize durante pelo menos **10 minutos seguidos**.

Q.1 Diga-me por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias fez actividades físicas vigorosas, como por exemplo, levantar objectos pesados, cavar, ginástica aeróbica, nadar, jogar futebol, andar de bicicleta a um ritmo rápido?

Dias

Q.2 Nos dias em que pratica actividades físicas vigorosas, quanto tempo em média dedica normalmente a essas actividades?

Horas Minutos

Q.3 Diga-me por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias fez actividades físicas moderadas como por exemplo, carregar objectos leves, caçar, trabalhos de carpintaria, andar de bicicleta a um ritmo normal ou ténis de pares? Por favor não inclua o “andar”.

Dias

Q.4 Nos dias em que faz actividades físicas moderadas, quanto tempo em média dedica normalmente a essas actividades?

Horas Minutos

Q.5 Diga-me por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias andou pelo menos 10 minutos seguidos?

Dias

Q.6 Quanto tempo no total, dependeu num desses dias, a andar/caminhar?

Horas Minutos

Q.7 Diga-me por favor, num dia normal quanto tempo passa sentado? Isto pode incluir o tempo que passa a uma secretária, a visitar amigos, a ler, a estudar ou a ver televisão.

Horas Minutos

ESCALA DE AUTO EFICÁCIA

COMO EU SOU

Vai encontrar a seguir um conjunto de afirmações acerca da maneira como pensa sobre si próprio/a. Entre esse dois extremos pode ainda escolher uma de 5 letras consoante estiver mais ou menos em desacordo com a sua maneira de pensar. Assinale uma das letras. Não há respostas certas ou erradas, todas as respostas que der são igualmente correctas. Peça-lhe que pense bem na resposta de modo a que ela expresse correctamente a sua maneira de pensar.

Discordo totalmente discordo um pouco concordo um pouco concordo totalmente
 ↓ discordo bastante ↓ não concordo nem discordo ↓ concordo bastante ↓

1- Quando faço planos tenho a certeza que sou capaz de realizá-los	A	B	C	D	E	F	G
2- Quando não consigo fazer uma coisa à primeira insisto e continuo a tentar até conseguir	A	B	C	D	E	F	G
3- Tenho dificuldade em fazer novos amigos	A	B	C	D	E	F	G
4- Se uma coisa me parece muito complicada, não tento sequer realizá-la	A	B	C	D	E	F	G
5- Quando estabeleço objectivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar	A	B	C	D	E	F	G
6- Sou uma pessoa auto-confiante	A	B	C	D	E	F	G
7- Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que se me deparam na vida	A	B	C	D	E	F	G
8- Normalmente desisto das coisas antes de as ter acabado	A	B	C	D	E	F	G
9- Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova, se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente	A	B	C	D	E	F	G
10- Se encontro alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa	A	B	C	D	E	F	G
11- Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar	A	B	C	D	E	F	G
12- Desisto facilmente das coisas	A	B	C	D	E	F	G
13- As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer amigos	A	B	C	D	E	F	G
14- Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas	A	B	C	D	E	F	G
15- Um dos meus problemas, é que não consigo fazer as coisas como devia	A	B	C	D	E	F	G

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS ALIMENTARES
(Marques A. G.; Ferreira F.C.; Martins.; J. C.; Vaquinhas M. M.)

Instruções de preenchimento:

Neste questionário vai encontrar um conjunto de afirmações relacionadas com comportamentos alimentares. Para cada questão assinale com uma cruz (x) a resposta que melhor corresponde ao que se passou consigo na última semana. Cada afirmação tem cinco opções de resposta:

Nunca (0 vezes por semana)

Raras vezes (1 a 2 vezes por semana)

Algumas vezes (3 a 4 vezes por semana)

Muitas vezes (5 a 6 vezes por semana)

Sempre (7 ou mais vezes por semana).

Lembre-se que não existem respostas certas ou erradas. O objectivo deste questionário é a pesquisa científica, por isso seja sincero nas suas respostas.

COMPORTAMENTOS ALIMENTARES		Nunca	Raras vezes (1 a 2 vezes)	Algumas vezes (3 a 4 vezes)	Muitas vezes (5 a 6 vezes)	Sempre (7 ou mais vezes)
1	Após acordar tenho por hábito tomar o pequeno-almoço (até 1 hora após acordar).					
2	Como devagar e mastigo bem os alimentos.					
3	Quando passo muitas horas sem comer, na refeição seguinte como mais que o habitual.					
4	Faço 5 ou 6 refeições por dia.					
5	Faço refeições com intervalos de 3 a 4 horas.					
6	O jejum nocturno não ultrapassa as 10 horas.					
7	Ingiro leite/iogurte/queijo.					
8	Como fruta.					
9	Como legumes e hortaliças.					
10	Como sopa.					
11	Como alimentos integrais ricos em fibra (pão integral, feijão, grão, frutos secos...).					
12	Como carnes gordas (porco, vaca, cordeiro ...).					
13	Como carnes magras (peru, frango, coelho).					

		Nunca	Raras vezes (1 a 2 vezes)	Algumas vezes (3 a 4 vezes)	Muitas vezes (5 a 6 vezes)	Sempre (7 ou mais vezes)
14	Adiciono aos alimentos produtos industriais (maionese, molhos ...).					
15	O azeite faz parte da minha alimentação					
16	Consumo os molhos gordos resultantes da confecção dos alimentos.					
17	Como pizzas, hambúrgueres e cachorros.					
18	Consumo produtos de charcutaria (salsichas, presunto, mortadela, fiambre, paio).					
19	Prefiro a comida com um pouco de sal a mais.					
20	Ingiro alimentos salgados (amendoins, <i>pistachios</i> , batatas fritas, ...).					
21	Ingiro alimentos ricos em açúcar (bolos, bebidas açucaradas, refrigerantes, chocolate...).					
22	À merenda, como um bolo ou um salgado (rissol, empada, croquete, ...).					
23	Quando como um doce opto por fazê-lo após a refeição (pudim, arroz doce, leite creme, ...).					
24	Prefiro comer bolos/bolachas a comer pão.					
25	Utilizo bastante açúcar para adoçar (chá, café, leite, ...).					
26	Adopto uma alimentação variada às refeições.					
27	Faço uma refeição de peixe e de carne alternadamente.					
28	Faço uma alimentação à base de cozidos e grelhados.					
29	Com as partes queimadas ou carbonizadas dos alimentos.					
30	Como alimentos fritos e assados no forno.					
31	Faço refeições abundantes.					
32	Petisco entre as refeições.					
33	Como quase sempre o mesmo tipo de alimentos.					
34	Consumo bebidas alcoólicas fora das refeições.					
35	Só bebo água quando tenho sede.					
36	Bebo pelo menos 1,5 L de água por dia.					
37	Consumo alimentos pré-cozinhados e enlatados.					
38	Como pão de mistura tipo caseiro (parolo, saloio, centeio ...).					
39	Como arroz/massa e batata					
40	Como peixes gordos (salmão, sardinha, cavala, carapau ...).					

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

TAA-25 (Pereira et al., 2005)

(Instituto de Psicologia Médica, F.M.U. C.; E-mail: psicomed@fmed.uc.pt)

Nome:..... Idade:.....

Data: / / Sexo: Masculino Feminino Habilitações:

Instruções: Por favor, para cada uma das afirmações seguintes faça um círculo à volta da resposta que melhor se aplica a si. Todos os resultados serão rigorosamente confidenciais. A maior parte das questões estão directamente relacionadas com a comida ou o comer, embora outro tipo de questões tenham sido incluídas.

Por favor, responda cuidadosamente a cada pergunta. Obrigado.

1. Fico nervosa/o antes de comer.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

2. Ter peso a mais, aterroriza-me

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

3. Preocupo-me com comida.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

4. Tenho tido episódios de comer de mais, em que me sinto incapaz de parar.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

5. Conheço o valor calórico das comidas que como.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

6. Evito especialmente comidas ricas em hidratos de carbono (ex. , pão, batatas, arroz, etc).

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

7. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

8. Vomito depois de comer.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

9. Sinto-me muitíssimo culpada/o depois de comer.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

10. Ando preocupada/o com o desejo de ser mais magra.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

11. Faço exercício energicamente, para queimar calorías.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

12. Penso em queimar calorias, quando faço exercício.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

13. As outras pessoas acham que estou demasiado magra/o.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

14. Preocupo-me com a ideia de ter gordura no meu corpo.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

15. Tomo laxantes.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

16. Evito comidas que tenham açúcar.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

17. Como comida de dieta.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

18. Sinto que a comida controla a minha vida.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

19. Controlo-me em relação à comida.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

20. Sinto que os outros me pressionam para comer.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

21. Dedico tempo e preocupação demais à comida.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

22. Sinto-me desconfortável depois de comer doces.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

23. Ocupo-me em coisas para fazer dieta.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

24. Gosto de sentir o estômago vazio.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

25. Tenho vontade de vomitar depois das refeições.

Sempre Muitíssimas vezes Muitas vezes Algumas vezes Raras vezes Nunca

Por favor, verifique se respondeu a todas as questões. Muito obrigada.

ANEXO IV

GUIÃO DA ENTREVISTA (SEMI-ESTRUTURADA)

Questões pré-definidas, com possibilidade de introdução de novas, de acordo com o progresso da entrevista:

1. Como descreverias/classificarias a tua alimentação?
 - a. Num dia de semana típico, o que é que comes?
 - quantas refeições?
 - alimentos mais frequentes
 - b. E aos fins-de-semana?
 - quantas refeições (sábado, domingo)?
 - alimentos mais frequentes?
2. Se fosses livre de escolher o que comer, o que escolherias comer mais frequentemente?
 - a. Porquê?
 - b. Porque não o fazes?
 - c. Como avalias o risco de vir a ter uma doença, relacionada ou potenciada pela alimentação?
 - d. Quando tens vontade de ingerir um alimento, como decides se comes ou não (em que pensas, para tomar a decisão)?
 - e. Em que tipo de situação é que mais facilmente optas por ingerir um alimento sem ter absoluta necessidade disso?
3. Em que é que é diferente, o modo como comes em casa, fora de casa e na escola?
4. Alguma coisa no modo como te alimentas, que gostarias ou julgas que deverias mudar? Porquê?
5. Como descreverias/classificarias a tua atividade física?
6. Por que razões te parece importante fazer exercício físico? *[A perguntar mesmo que tenha indicado não fazer muito...]*
7. O que te leva a fazer/não fazer (mais) exercício físico?
8. O que gostarias de alterar, no que se refere aos teus hábitos de atividade física?

ANEXO V



Artigo original

Escolhas e hábitos alimentares em adolescentes: associação com padrões alimentares do agregado familiar



Susana Cardoso^{a,*}, Osvaldo Santos^b, Carla Nunes^a e Isabel Loureiro^a

^a Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal

^b Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 7 de abril de 2014

Aceite a 14 de julho de 2014

On-line a 2 de abril de 2015

Palavras-chave:

Alimentares

Adolescentes

Família

R E S U M O

Introdução: São múltiplos os fatores que condicionam as escolhas alimentares. Nas idades infanto-juvenis, os pais desempenham um papel importante na construção de preferências alimentares. Tal influência é especialmente relevante na infância, mas parece prolongar-se através do período da adolescência.

Objetivo: O principal objetivo do estudo foi caracterizar a associação entre hábitos alimentares do agregado familiar e escolhas alimentares dos adolescentes.

Método: Trata-se de um estudo com abordagem mista, quantitativa e qualitativa. Numa primeira etapa, a recolha de dados (quantitativos) foi feita através da Escala de Hábitos Alimentares (EHA), autopreenchida por uma amostra de adolescentes a frequentar o ensino secundário (10.º-12.º ano) em 2 escolas do distrito de Coimbra. Desta forma, foi possível caracterizar os adolescentes quanto à adequação de hábitos alimentares. De seguida, para a componente qualitativa do estudo, foram identificados e selecionados os adolescentes com pontuações mais elevadas na escala EHA (i. e., com hábitos mais adequados) e os adolescentes com pontuações mais baixas nesta escala (i. e., com hábitos alimentares menos adequados). Estes adolescentes foram entrevistados relativamente às suas preferências alimentares, nomeadamente quanto à escolha alimentar em vários contextos (em casa, na escola e fora de casa), hábitos do agregado familiar e razões conducentes às opções efetuadas. Foram questionados ainda quanto ao risco de saúde (i. e., percepções de risco) associado aos hábitos alimentares, decisão perante o impulso de comer e situações associadas e, por último, acerca de intenções de mudança de hábitos. Foi feita uma análise de conteúdo de natureza temática, com codificação linha-a-linha segundo o método de Charmaz e codificação axial (com recurso ao software MaxQDA).

Resultados: Participaram 358 adolescentes, dos 14 aos 18 anos (média = 15,78; desvio-padrão = 1,05; 46,9% rapazes). A média da pontuação obtida nos itens da EHA (escala tipo Likert 1-5) foi de 3,434 (desvio-padrão = 0,346), variando entre 2,15-4,3. A pontuação total

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: sm.cardoso@ensp.unl.pt (S. Cardoso).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.07.004>

0870-9025/© 2014 Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

resultante da soma dos itens variou entre 86-172 (numa escala entre 0-200), com uma média de 137,4 pontos (desvio-padrão = 13,85). Não foram encontrados hábitos alimentares significativamente diferentes entre grupos etários ou estratos socioeconómicos, sendo as raparigas a assumir escolhas alimentares mais adequadas. O grupo de adolescentes com hábitos adequados (média EHA entre 3,75-4,3; pontuação total EHA entre 150-172) integra 11 alunos; o grupo com hábitos desadequados (média EHA entre 2,65-3,125; pontuação total EHA entre 106-125) integra 17 alunos. Os adolescentes com hábitos alimentares mais adequados descrevem o estilo parental como sendo mais interventivo do que o descrito pelos adolescentes com hábitos menos adequados. Esta influência, por parte dos pais, é operacionalizada de formas diversas: através de estilo autoritativo, através dos exemplos comportamentais (por parte dos pais) e/ou através de negociação ou controlo da disponibilidade alimentar em casa. Da análise de conteúdo também se infere que os pais/familiares dos adolescentes com baixa pontuação na EHA tendem a ter hábitos alimentares pouco saudáveis. É frequente o registo de sensações de bem-estar associado ao padrão alimentar, por parte dos alunos com hábitos mais adequados; nos adolescentes com hábitos menos adequados foram registadas ações de acomodação aos hábitos, sem desenvolvimento de uma postura ativa de remediação como, por exemplo, iniciativa para mudar os hábitos, mesmo que pontualmente. Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de as intervenções de educação alimentar entre jovens apostarem no desenvolvimento de comportamentos alimentares adequados ao nível de todo o agregado familiar, em complemento a intervenções educativas dirigidas apenas aos jovens.

© 2014 Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Food choices and eating patterns in adolescents: association with parents' food patterns

A B S T R A C T

Keywords:
Food Choices
Adolescents
Family

Introduction: There are several factors that can influence food choices. In children and youngsters, parents play an important role in the construction of food preferences. This influence is especially relevant in childhood but it seems to extend throughout adolescence. **Objective:** to characterize the association between the household habits and the food choices of adolescents.

Method: This is a quantitative and qualitative study. In a first moment, data collection (quantitative) was made by the Eating Habits Scale (EHA). Students from two schools of Coimbra (10th to 12th grade) were asked to complete the EHA. Thus, it was possible to characterize adolescents according to adequacy of eating habits. Then, for the qualitative study, we selected the students according to the best (more appropriate habits) and the worst (bad habits) score EHA obtained. These adolescents were interviewed about their food preferences, including on food choice in different contexts (at home, in school and outside the home), household habits and reasons of the choices. Were also asked about perceptions of risk associated with eating habits, decision before the urge to eat and, finally, about the intentions of changing habits. A content analysis was made, using line-by-line coding method according to Charmaz and axial codification (using MaxQDA software).

Results: The census of students was invited to participate in the survey, reaching a sample size of 358 students, aged 14 to 18 (mean = 15.78, standard deviation = 1.05; 46.9% boys). The average score on items of EHA (likert 1-5) was 3,434 (standard deviation 0.346) with mean between 2.15 and 4.3. Among the adolescents, the total score obtained in the EHA ranged between 86 and 172 (possible values between 0 and 200), with an average of 137.4 (standard deviation = 13.85). There were no significant different eating habits according to each age group or socioeconomic stratum, with the girls to take more appropriate food choices (higher scores EHA). The group of adolescents with proper habits (EHA average 3.75-4.3; EHA scores between 150 and 172), includes eleven students. The group of inadequate habits (EHA average 2.65-3.125; EHA scores between 106 and 125), includes 17 students. Adolescents with proper eating habits describe the parenting style as more interventionist than those reported by adolescents with bad habits. This parents' influence is operationalized in several ways: through authoritative style, through behavioral examples (by parents), and/or through negotiation or control of food availability at home. From content analysis we also

infer that parents/families of adolescents with low scores in EHA tend to have unhealthy eating habits. Registration of feelings of well-being associated with dietary patterns is common among adolescents with proper habits; among adolescents with inadequate habits, we found conformity, without developing an active remediation attitude as, for example, initiative to change habits, even occasionally. The results point to the need for education interventions among youngsters with particular focus in developing appropriate household eating behaviors, in addition to educational interventions directed only to youngsters.

© 2014 Escola Nacional de Saúde Pública. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

A escolha alimentar, mais ou menos consciente, é tomada no momento em que se compra e/ou consome determinado alimento, sendo esta escolha determinada por diversos fatores: fisiológicos, psicológicos, sociais, económicos e culturais. As escolhas alimentares são veículos de formação de hábitos alimentares e influenciam significativamente o estado de saúde ao longo da vida¹. Por outro lado, importa destacar o papel da aprendizagem na aquisição de preferências alimentares em jovens (crianças e adolescentes), quer a aprendizagem formal (sobre alimentos saudáveis versus não saudáveis, por exemplo) quer a aprendizagem informal^{2,3}. Nos processos de aprendizagem informal os pais desempenham um papel fundamental, nomeadamente através da modelação quanto a hábitos alimentares (aprendizagem vicariante, para os jovens) e da disponibilidade alimentar permitida (para além, obviamente, das recomendações/permissões diretas quanto às escolhas alimentares dos jovens)⁴.

De facto, o ambiente familiar apresenta-se frequentemente como de importância crucial para o desenvolvimento e manutenção dos comportamentos alimentares e de atividade física, em crianças, podendo ser encorajadas práticas saudáveis através dos hábitos assumidos pelos pais e dos recursos disponibilizados por estes^{5,6}. Sabe-se também que as práticas parentais potenciam a opção por determinados alimentos através da exposição repetida a esses alimentos^{4,7}.

Em crianças dos 4 aos 8 anos foi possível destacar a influência da mãe, assumindo relevância não só a prática parental, mas também o estilo parental, nomeadamente através da pressão exercida para comer, com efeito potencialmente perverso (i. e., associado a maior disfunção alimentar)⁸. A estrutura e as interações familiares diretamente relacionadas com a refeição estendem a sua influência sobre o período da adolescência^{9,10}.

Um estudo de Arcan¹¹, com adolescentes de idades compreendidas entre 15-18 anos, aponta para uma associação positiva entre a modelagem parental saudável, em termos de escolhas alimentares, e um IMC de 18-23 (i. e., saudável) nos filhos. Assim sendo, é particularmente importante compreender os determinantes das escolhas alimentares.

Com o crescimento, e sobretudo na adolescência, em que as interações sociais não parentais se intensificam, a construção de escolha torna-se mais complexa e dependente da interação com/entre múltiplos elementos psicossociais, culturais e económicos^{2,12}. A globalização e o contexto social em que o adolescente se integra afetam as escolhas alimentares

de modo ainda mais pronunciado do que no período da infância¹³. Bouwman^{14, p.391} refere que «a comida é frequentemente partilhada com outros e proporciona oportunidades para estabelecimento de contactos sociais. Estas interações sociais podem funcionar como um marco de cultura e como expressão de afeto, compromisso e identidade».

De qualquer modo, o impacto dos hábitos familiares continua a fazer-se sentir na adolescência. Por exemplo, em alguns estudos foi possível verificar associação de maior consumo de *fast-food* e menor consumo de vegetais por parte dos adolescentes, com contextos familiares que introduzem frequentemente o *fast-food* na prática habitual quotidiana¹⁵. Parece existir uma associação entre o ambiente alimentar de casa, controlado sobretudo pelos pais, e o consumo de frutas e vegetais, por parte dos jovens. A disponibilidade de frutas e vegetais e o rácio alimentos mais saudáveis/alimentos pouco saudáveis, em casa, estão fortemente associados à ingestão de frutas e vegetais¹⁶.

O estudo aqui apresentado visa contribuir para a compreensão da forma como as escolhas alimentares, no dia-a-dia de adolescentes, se relacionam com os hábitos alimentares do agregado familiar e, em especial, com os hábitos alimentares dos pais.

Objetivos

O principal objetivo deste estudo é caracterizar a associação entre perceção dos hábitos alimentares do agregado familiar e as escolhas alimentares dos adolescentes.

Numa primeira fase, recorrendo a uma abordagem quantitativa, pretende-se caracterizar os hábitos alimentares em adolescentes a frequentar o ensino secundário. Numa segunda fase, recorrendo a uma abordagem qualitativa, pretende-se conhecer a perceção dos jovens quanto aos hábitos alimentares do agregado familiar. Esta informação, obtida pela abordagem qualitativa, permite compreender a associação entre as práticas parentais e as escolhas alimentares dos adolescentes (avaliadas pela componente quantitativa).

Métodos

O estudo seguiu uma abordagem mista, inicialmente quantitativa e de seguida qualitativa, sempre com um desenho observacional transversal. A recolha dos dados quantitativos foi feita através de questionários de autopreenchimento,

em contexto escolar, e por entrevista individual semiestruturada face-a-face. Participaram no estudo 2 escolas (amostra intencional), em que se procurou diversidade (entre adolescentes) socioeconómica, bem como de oferta alimentar (em termos de pastelaria/*snack-bar* e estabelecimentos *fast-food* e em termos de ementa de cantina escolar). Em cada escola foi constituída uma amostra não probabilística, por conveniência. Numa das escolas foram aplicados questionários a turmas do 10^o ao 12^o anos de escolaridade, ensino regular, selecionando 2 turmas por ano de escolaridade e a turmas de ensino profissional, selecionando uma turma por ano de escolaridade. Noutra, foram aplicados questionários a turmas do 10^o ao 12^o do ensino regular, selecionando 3 turmas por cada ano de escolaridade. A seleção foi realizada com base em conveniência do horário escolar, por forma a facilitar a operacionalização dos questionários. Foram excluídos alunos com história clínica conhecida de distúrbio alimentar e/ou com patologia condicionante da dieta (n=4). Foram obtidas as autorizações da direção das escolas que participaram no estudo, bem como o consentimento informado assinado pelos pais e pelos adolescentes, com garantia de anonimato (e, portanto, de confidencialidade).

Os alunos responderam à Escala de Hábitos Alimentares (EHA), validada para a população portuguesa por Marques¹⁷. As respostas são dadas através de uma escala do tipo Likert. Quanto mais elevada a pontuação média de todos os itens, mais adequados serão os hábitos alimentares. Este instrumento inclui questões relativas a 4 dimensões: quantidade alimentar (7 itens), qualidade alimentar (14 itens), variedade alimentar (8 itens) e adequação alimentar (11 itens), que originam distribuição por item de 1-5. A pontuação global (somatório das respostas dadas aos 40 itens) pode apresentar valores a variar entre 0-200. Médias de pontuação (1-5) mais elevadas correspondem a hábitos mais adequados em termos de qualidade, quantidade, variedade e adequação alimentares.

O processo de validação da EHA desenvolvido por Marques resultou de uma amostra não aleatória, de âmbito regional (zona Centro) e verificou haver alguns itens com baixa correlação com a pontuação total da escala (reduzindo o valor global de consistência interna). No entanto, os referidos itens foram mantidos por questões de significado de constructo. Os valores de alfa encontrados no estudo de validação foram de $\alpha = 0,5$ para a quantidade alimentar, $\alpha = 0,716$ para a qualidade alimentar, $\alpha = 0,658$ para variedade alimentar e $\alpha = 0,619$ para adequação alimentar. O valor alfa de Cronbach global foi bastante bom: $\alpha = 0,816$.

O índice de massa corporal (IMC) foi determinado pela investigadora por medição antropométrica do peso e da altura dos adolescentes. Para determinação de pré-obesidade e de obesidade seguiram-se os pontos de corte (e curvas de percentil) do CDC¹⁸.

Para efeitos da análise estatística utilizou-se o software IBM Statistical Package for the Social Sciences, SPSS 20.0. Para comparação entre alunos provenientes dos vários estratos socioeconómicos, género e grupos etários recorreu-se ao teste t para amostras independentes e à ANOVA a um fator.

Para as entrevistas semiestruturadas foram selecionados os alunos com melhor e pior pontuação obtida na EHA. Pretendeu-se assim estabelecer uma dicotomia, com vista à

análise comparativa de subgrupos com características (em termos de hábitos alimentares) muito distintas (mais adequados – grupo A – e mais inadequados – grupo B). Assim sendo, a amostra de adolescentes que participou na abordagem qualitativa consistiu numa subamostra dos que participaram na abordagem quantitativa. O tamanho amostral de cada grupo (com melhores e piores hábitos) foi definido de acordo com o princípio da saturação teórica¹⁹:

Grupo A (n=11): alunos com elevada pontuação na EHA (hábitos alimentares mais adequados; EHA ≥ 150); pontuações entre 150-172, média de 163,9 (desvio-padrão = 5,84). Média das dimensões: qualidade – 3,889 \pm 0,29; quantidade – 4,026 \pm 0,56; variedade – 4,522 \pm 0,23; adequação – 4,024 \pm 0,17. Média total das dimensões – 4,115 \pm 0,17.

Grupo B (n=17): alunos com baixa pontuação na EHA (hábitos alimentares menos adequados; EHA ≤ 125); pontuações entre 106-125, média de 118,82 (desvio-padrão = 5,85). Média das dimensões: qualidade – 2,890 \pm 0,34; quantidade – 2,823 \pm 0,55; variedade – 3,125 \pm 0,39; adequação – 3,074 \pm 0,48. Média total das dimensões – 2,978 \pm 0,15. Relativamente a este grupo, não foi possível integrar 4 alunos que haviam obtido pontuação inferior a 106 (2 deles mudaram de escola e 2 recusaram participar na componente qualitativa do estudo).

Nas entrevistas semiestruturadas os participantes procederam a uma descrição dos hábitos alimentares do agregado familiar, dos seus próprios hábitos alimentares, sendo questionados acerca das diferenças entre a alimentação praticada em casa, na escola e fora de ambas, e razões conducentes a essas escolhas. Foram questionados ainda quanto ao risco de saúde (i. e., percepções de risco) associado aos hábitos alimentares, decisão perante o impulso de comer e situações associadas e, por último, acerca de intenções de mudança de hábitos.

Para efeitos de análise dos dados recolhidos através da entrevista (dados qualitativos) seguiu-se uma abordagem tipo *grounded theory*^{20,21}. Os registos áudio das entrevistas foram transcritos de forma integral. Foi feita uma análise temática do conteúdo, com categorização através do método de codificação aberta linha-a-linha de Charmaz²². Após esta codificação aberta realizou-se a codificação axial, com recurso ao software MaxQDA, por análise da relação entre categorias²³ e, por último, codificação seletiva procurando identificar uma categoria central da teoria, integrando todos os dados do processo, até atingir a saturação teórica dos dados.

Resultados

A EHA foi administrada a 358 alunos (46,9% rapazes) do ensino secundário (10.^o-12.^o anos de escolaridade), com idades entre os 14 e os 18 anos de idade (média = 15,78 \pm 1,05). A distribuição por idades, nível socioeconómico e sexo dos alunos participantes em cada uma das fases do estudo apresentam-se nas tabelas 1 e 2.

As pontuações totais de EHA, resultantes da soma de todos os itens, variaram entre 86-172, com uma média de 137,4

Tabela 1 – Caracterização da amostra – componente quantitativa do estudo

	Rapazes (n = 168)	Raparigas (n = 190)	Total (n = 358)
<i>Idade</i>			
14 anos (%)	8,33	9,47	8,9
15 anos (%)	33,9	35,8	34,9
16 anos (%)	33,3	28,95	31
17 anos (%)	17,86	20,5	19,3
18 anos (%)	6,55	5,26	5,9
Média	15,8	15,76	15,78
Mediana	16	16	16
Desvio-padrão	1,046	1,055	1,050
<i>Nível socioeconómico dos pais</i>			
Sem subsídio (%)	85,7	87,9	86,9
Escalão C (%)	7,14	7,9	7,5
Escalão B (%)	5,95	3,68	4,7
Escalão A (%)	1,19	0,53	0,8

Tabela 2 – Caracterização da amostra – componente qualitativa do estudo

	Grupo A (n = 11)	Grupo B (n = 17)	Total (n = 28)
<i>Idade</i>			
14 anos (%)	18,18	23,5	21,4
15 anos (%)	27,27	29,4	28,6
16 anos (%)	36,36	29,4	32,1
17 anos (%)	0	17,6	10,7
18 anos (%)	18,18	0	7,14
Média	15,72	15,4	15,54
Mediana	16	15	15,5
Desvio-padrão	1,35	1,064	1,17
<i>Sexo</i>			
Raparigas (%)	72,7	41,2	53,6
Rapazes (%)	27,3	58,8	46,4
<i>Nível socioeconómico dos pais</i>			
Sem subsídio (%)	100	88,2	92,8
Escalão C (%)	0	11,8	11,8
Escalão B (%)	0	0	0
Escalão A (%)	0	0	0

Grupo A: grupo de adolescentes com hábitos alimentares mais saudáveis, de acordo com a pontuação global da EHA (≥ 150).

Grupo B: grupo de adolescentes com hábitos alimentares menos saudáveis, de acordo com a pontuação global da EHA (≤ 125).

(desvio-padrão = 13,85). Em termos médios, obtiveram-se os valores apresentados na [tabela 3](#).

Por se tratar de uma escala recente e de aplicação ainda diminuta, procedeu-se, como já referido, a uma análise de

fiabilidade interna da mesma. Relativamente à escala completa obteve-se um alfa de 0,81. Para as subdimensões da escala foram encontrados os seguintes alfas: quantidade – 0,52; qualidade – 0,69; variedade – 0,69 e adequação – 0,52, correspondendo a valores que apontam para fraca/razoável consistência para algumas dimensões (com reduzido número de itens), mas uma boa fiabilidade no seu conjunto.

O estrato socioeconómico foi avaliado segundo o escalão de subsídio de ação social escolar. A amostra inclui alunos de escalões socioeconómicos diversificados: 86,9% de adolescentes não abrangidos por subsídio, 7,5% de adolescentes pouco carenciados (escalão C), 4,7% de adolescentes carenciados (escalão B) e 0,8% de adolescentes muito carenciados (escalão A).

Apenas um aluno vivia com uma tia. Os restantes viviam com os pais e irmãos no caso de estes existirem.

Não foram encontrados hábitos alimentares significativamente diferentes entre grupo etários ou estratos socioeconómicos. Já relativamente ao sexo, recorrendo-se ao teste t para comparação de médias, verificou-se serem as raparigas a assumir escolhas alimentares mais adequadas (pontuações mais elevadas do EHA; $p < 0,001$).

Nenhum dos adolescentes apresentava obesidade. No grupo A uma aluna apresentava ligeiro excesso de peso (IMC = 25,0). No grupo B uma aluna apresentava excesso de peso (IMC = 27,7) e um aluno apresentava ligeiro excesso de peso (IMC = 24,8)¹⁸.

Perspetivas dos alunos sobre os hábitos alimentares dos pais

Da análise dos relatos obtidos através da entrevista, constata-se que o fator com maior relevância nas escolhas dos adolescentes – hábitos do agregado familiar – é comum aos 2 grupos, em detrimento de outros fatores, como tempo disponível e preferências alimentares baseadas no paladar, estes sim, diferindo na prioridade assumida entre os 2 grupos (A e B).

Os adolescentes com hábitos alimentares adequados referem práticas mais saudáveis, partindo do ambiente familiar (ver exemplo de discurso na [tabela 4](#)). Os pais/familiares assumem influência direta e interventiva. Apresenta-se uma família que, tipicamente, aprecia e cultiva uma alimentação adequada, frequentemente com controlo e preocupação pela saúde. De salientar que o «controlo» é referido, pelos adolescentes, como um acompanhamento, mas sem pressão conflituosa. Na perspetiva dos adolescentes, os referidos hábitos enraizam-se ao longo do tempo e as opções dos pais têm

Tabela 3 – Médias obtidas pela aplicação da EHA – componente quantitativa do estudo

	Amostra n = 358		Grupo A		Grupo B	
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
Global	3,434	0,346	4,115	0,175	2,978	0,150
Quantidade	3,069	0,412	4,026	0,563	2,823	0,554
Qualidade	3,350	0,587	3,889	0,298	2,890	0,347
Variedade	3,772	0,527	4,522	0,235	3,125	0,395
Adequação	3,527	0,430	4,024	0,175	3,074	0,489

Tabela 4 – Discursos dos adolescentes relativamente à influência parental nas escolhas alimentares (por categorias de análise)

Categorias	Exemplos (verbatim)
Grupo A	
Disponibilidade alimentar	«Como várias frutas que a minha mãe me prepara» «Como muito peixe. . . a minha mãe costuma fazer muito peixe» «Sinto-me bem a não comer (fritos e alimentos ricos em gordura) e então a minha mãe também já sabe isso. . . lá em casa é muito raro»
Controlo e encorajamento	«Lá em casa a comida até é bastante saudável. Nós fazemos muito mais cozidos e grelhados do que fritos. . .» «Sempre fui controlada pela minha mãe no que toca à alimentação, nunca me excedi com porcarias e habituei-me assim» «Em casa não como fritos porque eu não gosto muito, a minha mãe não gosta de fritos, não gosta do cheiro. . .» «. . . sempre fui habituada a ter um regime alimentar mais controlado . . . e não faço sacrifícios, sinto-me bem»
Bem-estar	«Sinto-me bem a não comer (fritos e alimentos ricos em gordura) e então a minha mãe também já sabe isso. . . lá em casa é muito raro» «. . . e não faço sacrifícios, sinto-me bem»
Preferências dos pais como promotoras das preferências dos filhos	«Em casa não como fritos porque eu não gosto muito, a minha mãe não gosta de fritos, não gosta do cheiro. . .» «. . . eu gosto. . . por exemplo, eu e a minha mãe gostamos mas por isso tenho que às vezes comprar só especialmente para nós. . .»
Dificuldade em gerir/compensar a disponibilidade de comida saudável, em função de gostos diferentes	«Gostava de conseguir introduzir mais vegetais. . . eu tento, só que muitas vezes não. . . em minha casa eles não gostam muito. . . eu gosto. . . por exemplo, eu e a minha mãe gostamos mas por isso tenho que às vezes comprar só especialmente para nós porque os meus irmãos não gostam»
Grupo B	
Prática familiar pouco saudável	«A minha mãe faz imensos doces depois da refeição» «Não costumo comer sopa ao jantar porque já comi na escola e o meu pai também não faz. Em casa como menos do que na escola mas mais vezes. Aqui na escola como mais como deve ser» «É quase impossível eu fazer dieta naquela casa. . . a minha mãe faz ovos moles, faz mil e uma coisas. . . ela também é gulosa e faz para ela e está lá»
Não encorajamento	«De vez em quando ralha comigo mas não me obriga a comer» «Ao jantar como o que a minha mãe faz, mas não como sopa. Carne, massa, arroz, peixe»
Indisponibilidade em casa	«Eu como por gosto. . . estou a refletir pela primeira vez. . . talvez oportunidade. . . porque em casa nunca se faz. Como quando vou ao restaurante. Se quisesse fazer não tinha para o fazer»
Acomodação	«Se eu acordar às 10 ou 11 h, o meu pai só acorda às 3 da tarde e então sou capaz de comer 3 vezes o pequeno-almoço, seja pão ou cereais. Ao almoço não como nada ou como um pão e só volto a comer ao jantar ou ao lanche. . . não há o hábito de almoçar lá em casa. Almoço logo ao acordar. . . é sempre assim quer ao sábado quer ao domingo»
Os pais, ou pelo menos um deles, fomentam os hábitos inadequados ou encorajam-nos	«Se houver como, se não houver ligo à minha mãe e peço para comprar» «De manhã, o meu pai costuma ir ao padeiro, compra um folhado misto e eu costumo comer. . .» «Aos sábados, se a minha mãe sair, se for a Coimbra, às vezes traz McDonalds se não, como esparguete com bacon» «Se a minha mãe estiver por Coimbra até me pode trazer um hambúrguer para o lanche mas uma vez ou outra. . . chegou a ser uma vez por semana. . .»

repercussões claras nas opções em contexto familiar. É referido o bem-estar que advém da opção por uma alimentação adequada. Os hábitos familiares incorporam a procura de bem-estar por parte dos vários elementos da família.

No único caso, de entre os que constituem o grupo A, em que surgem alguns cenários de hábitos menos adequados o adolescente, mesmo perante a dificuldade em gerir problemas de disponibilidade, assume uma posição ativa no sentido de desenvolver condições facilitadoras de opções saudáveis, sendo estas (também neste caso e tal como expresso pelo adolescente) associadas à influência de um dos pais.

Em contraste, dos relatos dos adolescentes com hábitos alimentares inadequados, verifica-se uma prática familiar, nomeadamente seleção alimentar e modos de confeção, pouco saudáveis. Nestes adolescentes, a influência ativa da família, nas raras vezes em que é mencionada, é mais ténue, menos controladora, não encorajando os hábitos saudáveis.

No discurso dos adolescentes surge com frequência o reconhecimento da alimentação como inadequada, mas sem desenvolvimento de comportamentos de compensação, ao invés do observado em alguns casos do grupo A. Associam-se questões de preferências e modos de confeção, com disponibilidade de produtos alimentares menos salutogénicos, em casa: «Eu como por gosto. . . estou a refletir pela primeira vez. . . talvez oportunidade. . . Como quando vou ao restaurante. Se quisesse fazer não tinha para o fazer». Nesta frase é especialmente evidente o facto das práticas familiares, nomeadamente no que se refere à disponibilidade alimentar, condicionarem a forma como o adolescente se alimenta. Já frases como «se eu acordar às 10 ou 11 h o meu pai só acorda às 3 da tarde e então sou capaz de comer 3 vezes o pequeno-almoço, seja pão ou cereais» ou «so almoço não como nada ou como um pão e só volto a comer ao jantar ou ao lanche. . .» ou ainda «não há o hábito de almoçar lá em casa. Almoço logo ao acordar. . . é sempre assim quer ao sábado quer ao domingo» denotam uma acomodação, sem desenvolvimento de estratégias

remediadoras (verificadas no grupo com hábitos alimentares adequados).

Do discurso dos adolescentes também se conclui que os pais, ou pelo menos um deles, fomentam os hábitos inadequados ou encorajam-nos, criando condições favoráveis aos consumos alimentares pouco saudáveis.

A influência por parte da mãe surge mais frequentemente comparativamente com o pai. Esta assimetria é em parte explicável pela execução, por parte da mãe, de tarefas como cozinhar ou adquirir produtos. O pai terá assim uma influência mais pontual nas escolhas alimentares dos adolescentes.

Os adolescentes entrevistados referem frequentemente as escolhas realizadas em contexto familiar, como assumidas igualmente em contextos fora do ambiente familiar: «*Até gosto... antes nem gostava muito mas comecei a gostar...*», «*escolho habitualmente coisas que têm a ver com a comida que eu costumo comer*», «*...vai também por aquilo que eu estou mais habituada...*» ou «*sempre fui controlada pela minha mãe no que toca à alimentação, nunca me excedi com porcarias e habituei-me assim*».

Discussão

Pretendia-se com este estudo uma caracterização da associação entre hábitos alimentares do agregado familiar e as escolhas alimentares dos adolescentes, recorrendo a uma metodologia mista (quantitativa e qualitativa). A abordagem quantitativa visou a caracterização da amostra em estudo quanto aos hábitos alimentares e a seleção de (sub)amostras que permitissem uma abordagem qualitativa rica em informação sobre determinantes das escolhas alimentares.

Foi utilizada a EHA, que revelou uma boa consistência interna (para a escala total), embora com consistência interna mais fraca para algumas das suas subdimensões (explicável também pelo facto de estas dimensões terem poucos itens). De uma forma geral, os valores de consistência interna encontrados estão alinhados com os encontrados por Marques¹⁷.

A escala EHA apresenta algumas limitações que decorrem do seu processo de validação e uso ainda limitado. Este trabalho reforça a possibilidade de recurso a esta escala para análise dos hábitos alimentares, tendo-se obtido um alfa de Cronbach de 0,81. No entanto, é aconselhável recorrer a estudos mais aprofundados de modo a reforçar a validade externa da escala.

Na amostra estudada os adolescentes apresentaram classificações mais elevadas na dimensão «variedade alimentar» e mais reduzidas na dimensão «quantidade», tal como obtido em outros estudos¹⁷. As médias obtidas para cada dimensão da escala EHA aproximam-se das já encontradas na amostra estudada por Marques (quantidade: 3,107; qualidade: 3,244; variedade: 3,574; adequação: 3,297), apresentando valores ligeiramente mais baixos para a dimensão relativa à quantidade e ligeiramente mais elevados para as restantes dimensões.

Uma limitação deste estudo tem a ver com o facto de não existirem dados relativos ao IMC da totalidade dos alunos. Apenas foram determinados esses valores relativamente aos alunos selecionados para abordagem qualitativa, por condicionantes relativas à logística e horários das diversas turmas.

Seria igualmente pertinente complementar o estudo com outras fontes de dados relativos às práticas parentais e estilo parental, para além das decorrentes dos relatos dos adolescentes. Da mesma forma, o facto de a análise decorrer sobre uma amostra de conveniência limita a sua representatividade.

Da análise dos relatos dos adolescentes, apesar dos mesmos não visarem descrição exaustiva, constata-se alguma identidade entre os alimentos e hábitos alimentares que os adolescentes verbalizaram e o registado *a priori* aquando do preenchimento da EHA.

Os dados recolhidos neste estudo confirmam o papel das práticas e hábitos familiares enquanto formatadores de escolhas alimentares entre adolescentes. A [figura 1](#) apresenta, de forma esquemática, o modo como estas práticas e hábitos alimentares do agregado familiar se relacionam com as escolhas alimentares atuais dos adolescentes. Como se pode observar, na opinião dos adolescentes, o padrão alimentar dos pais está diretamente associado aos recursos alimentares disponibilizados em casa. Tal, é concordante com outros estudos, que mostraram que a modelagem parental, o ambiente familiar e controlo da disponibilidade por parte dos pais estão associados aos hábitos alimentares adotados pelos adolescentes^{6,15,16}. A perceção de bem-estar por parte dos alunos com hábitos alimentares adequados surge também associada às opções alimentares implementadas em contexto familiar.

Os relatos que apontam para o encorajamento, por parte dos pais, do consumo de *fastfood*, predominantes no grupo de adolescentes com hábitos inadequados (classificações mais baixas da escala EHA), parecem ir de encontro ao defendido por alguns autores, como Boutelle, quanto à influência da aquisição de *fastfood* para consumo no seio familiar. Nesta perspetiva, a família parece assumir um papel negativo, contribuindo para a seleção desse tipo de alimentos¹⁵.

Existem estudos de associação entre o padrão alimentar dos pais e as escolhas e preferências alimentares dos filhos, inferindo a influência parental sobre os comportamentos alimentares, mas, na sua maioria, incidiram sobre amostras constituídas por crianças até aos 13-14 anos de idade. Poucos são os estudos que incluíram adolescentes até aos 18 anos^{6,24}. Um estudo de 2013 analisou a associação entre hábitos alimentares e o ambiente familiar em termos de frequência das refeições em família e controlo parental, numa amostra de adolescentes gregos. Foi registada uma associação entre controlo parental e escolhas saudáveis por parte dos filhos¹³. Também na nossa amostra o papel regulador dos pais assume especial relevância para os hábitos dos filhos. Os estudos realizados nos últimos anos têm investido na caracterização de hábitos e práticas alimentares parentais e sua associação com hábitos alimentares dos filhos. Não foram encontrados estudos que relacionem a prática parental percebida pelos adolescentes e as escolhas assumidas por estes. Num estudo de Stevenson, com recolha de dados através de *focus-group*, com adolescentes dos 12 aos 15 anos, apresentando hábitos alimentares saudáveis, verificou-se associação entre a prática de desporto e de atividades culinárias e a autoperceção relacionada com a alimentação, isto é, a crença de que os hábitos saudáveis acarretam mais-valias, assim como a correta avaliação em «bom» e «mau» pode ser determinante para os comportamentos adotados²⁵. Segundo os autores desse

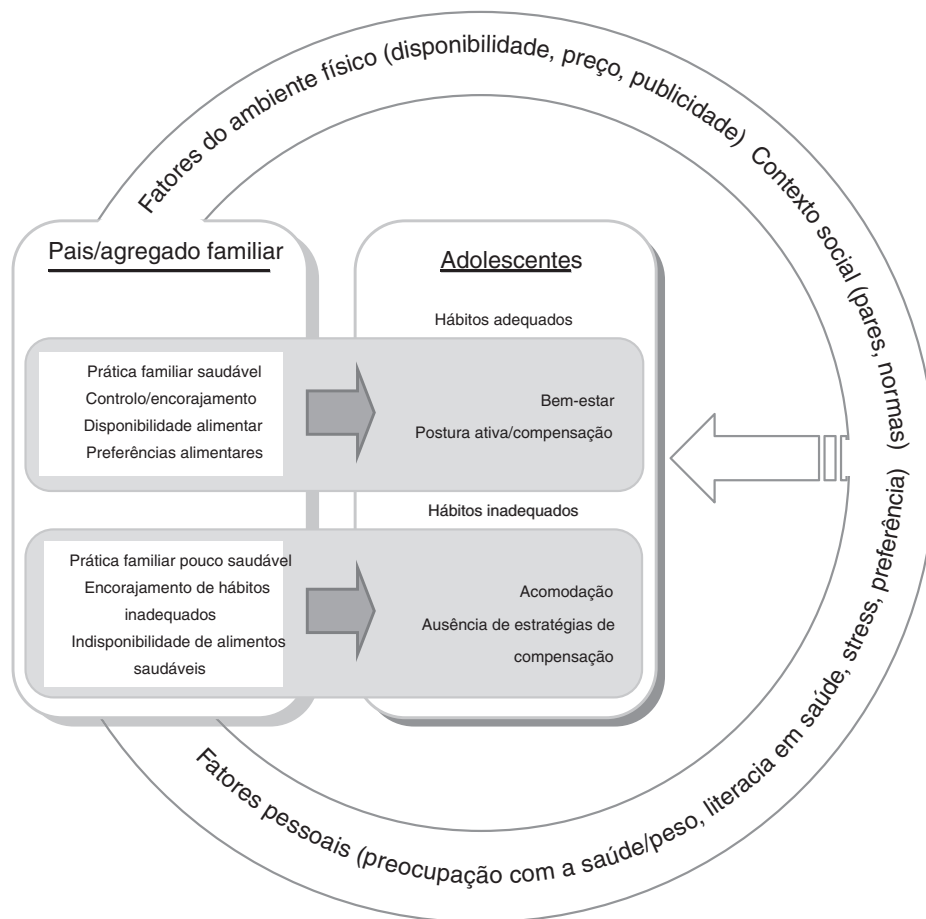


Figura 1 – Atitudes dos adolescentes relativamente à escolha alimentar e forma como esta é influenciada pelas práticas e hábitos dos agregados familiares.

estudo, participar ativamente, nomeadamente na confeção dos alimentos, será um mediador do consumo de maior variedade de alimentos. Esta postura ativa surge na presente investigação, nesta mesma perspetiva, uma vez que os adolescentes que assumem este tipo de postura mais ativa, nomeadamente participando na aquisição de produtos para consumo em casa, apresentam maior capacidade para efetuar escolhas saudáveis.

No presente estudo, a associação entre padrão alimentar dos pais e escolhas dos filhos adolescentes foi investigada recorrendo aos relatos dos filhos. Deste modo, sobressaem os fatores relevantes característicos do agregado familiar, quando percebidos pelos adolescentes.

As escolhas alimentares podem estar em associação com fatores culturais e étnicos²⁶. No estudo que se apresenta tal não foi considerado uma vez que todos os participantes são provenientes de um mesmo ambiente cultural, sendo oriundos de Portugal, concretamente Beira Litoral.

Conclusões

O recurso à comparação de discursos de grupos de adolescentes com hábitos especialmente antagónicos corresponde a uma nova abordagem relativamente aos estudos já existentes.

Com este estudo, verificou-se que a influência dos pais é relevante, independentemente de se tratar de adolescentes com hábitos manifestamente adequados ou manifestamente inadequados.

Um dos fatores que pode influenciar as escolhas alimentares dos adolescentes está relacionado com os hábitos familiares relacionados com a alimentação. O padrão alimentar praticado em casa é determinante para a adoção e manutenção de comportamentos alimentares por parte dos adolescentes em geral. Este fator, ao contrário do que poderá acontecer com outros, assume relevância especial quer entre os adolescentes que efetuam escolhas adequadas quer sobre os que efetuam escolhas inadequadas. Pais que adquirem alimentos saudáveis, tornando-os disponíveis em contexto familiar, que consomem esses mesmos alimentos de uma forma regular, com preocupação com o bem-estar dos vários elementos da família, contribuem para o enraizar de hábitos alimentares saudáveis por parte dos filhos. Estes tendem a tomar decisões semelhantes fora de casa, pelo que a influência se estende para além do contexto familiar. Os jovens falam em hábitos iniciados pelos hábitos alimentares praticados em família e que se perpetuam para além desse contexto, o que é patente na referência frequente a frases com termos como «hábito» e «comecei a gostar».

Tendo em conta que os hábitos alimentares partem em grande parte do contexto familiar, existe uma tendência para estes se perpetuarem ao longo das gerações. Assim sendo, e tendo em conta os resultados do presente estudo, é importante que as intervenções na área da educação para a saúde tenham em conta o contexto familiar. Qualquer medida que contemple este contexto, nomeadamente através de atividades que incluam os pais/família com quem vive o adolescente, serão sempre mais adequadas. Confirma-se a importância de intervir junto dos pais, nomeadamente no sentido de os encorajar a disponibilizar, em casa, alimentos variados, nomeadamente frutas e vegetais, e a diminuir a disponibilidade de outros alimentos menos saudáveis^{27,28}.

É aconselhável efetuar estudos recorrendo a amostras mais alargadas e em contextos culturais diversificados para uma compreensão mais fundamentada do fenómeno. Estes esforços de investigação serão especialmente heurísticos se incluírem a caracterização do nível educacional dos pais, das suas perceções e atitudes relativamente à alimentação e o nível de literacia em saúde, fundamental para uma compreensão mais ampla da influência do contexto familiar.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

BIBLIOGRAFIA

- Croll JK, Neumark-Sztainer DS, Story M. Healthy eating: What does it mean to adolescents? *J Nutr Educ*. 2001;33:193-8.
- Larson N, Story M. A review of environmental influences on food choices. *Ann Behav Med*. 2009;38 Supplement 1:S56-73.
- Story M, Neumark-Sztainer D, French S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *J Am Diet Assoc*. 2002;102 3 Supplement:S40-51.
- Kral T, Rauh E. Eating behaviors of children in the context of their family environment. *Physiol Behav*. 2010;100:567-73.
- Bauer KW, Berge JM, Neumark-Sztainer D. The importance of families to adolescents' physical activity and dietary importance. *Adolesc Med State Art Rev*. 2011;22:601-13, xiii.
- Roos E, Lehto R, Ray C. Parental family food choice motives and children's food intake. *Food Qual Prefer*. 2012;24:85-91.
- Hanson N, Neumark-Sztainer D, Eisenberg ME, Story M, Wall M. Associations between parental report of the home food environment and adolescent intakes of fruits, vegetables and dairy foods. *Public Health Nutr*. 2005;8:77-85.
- Scaglioni S, Arrizza C, Vecchi F, Tedeschi S. Determinants of children's eating behavior. *Am J Clin Nutr*. 2011;94 6 Suppl:2006S-11S.
- Berge J, Wall M, Bauer K, Neumark-Sztainer D. Parenting characteristics in the home environment and adolescent overweight: A latent class analysis. *Obesity*. 2010;18:818-25.
- Berge J, Wall M, Larson N, Lot K, Neumark-Sztainer D. Family functioning: Associations with weight status, eating behaviors and physical activity in adolescents. *J Adolesc Health*. 2013;52:351-7.
- Arcan C, Neumark-Sztainer D, Hannan P, van den Berg P, Story M, Larson N. Parental eating behaviors, home food environment and adolescent intakes of fruits, vegetables and dairy foods: Longitudinal findings from Project EAT. *Public Health Nutr*. 2007;10:1257-65.
- Shepherd R, Dennison C. Influences on adolescent food choice. *Proc Nutr Soc*. 1996;55:345-57.
- Bargiota A, Pelekanou M, Tsitouras A, Koukoulis G. Eating habits and factors affecting food choice of adolescents living in rural areas. *Hormones*. 2013;12:246-53.
- Bouwman L, Molder H, Koelen MM, van Woerkum CM. I eat healthfully but I am not a freak: Consumer's everyday life perspective on healthful eating. *Appetite*. 2009;53:390-8.
- Boutelle KN, Fulkerson J, Neumark-Sztainer D, Story M, French S. Fast food for family meals: Relationships with parent and adolescent food intake, home food availability and weight status. *Public Health Nutr*. 2007;10:16-23.
- Ding D, Sallis J, Norman G, Saelens B, Harris SK, Kerr J, et al. Community food environment, home food environment, and fruit and vegetable intake of children and adolescents. *J Nutr Educ Behav*. 2012;44:634-8.
- Marques A, Luzio F, Martins J, Vaquinhas M. Hábitos alimentares: validação de uma escala para a população portuguesa. *Esc Anna Nery*. 2011;15:402-9.
- US Center for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. About BMI for children and teens. [Internet]. Atlanta, GA: CDC. NCHS; 2000. [citado Abr 2013]. Disponível em: http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi
- Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. New York, NY: Aldine de Gruyter; 1967.
- Pais-Ribeiro JL. Metodologia de investigação em psicologia e saúde. Porto: Legis Editora; 2003.
- Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. Thousand Oaks, CA: Sage; 1998.
- Charmaz K. Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis. London: Sage Publications; 2006.
- Bianchi E, Ikeda A. Usos e aplicações da grounded theory em administração. *Rev Eletr Gest Org*. 2008;6:231-48.
- Zuercher J, Wagstaff D, Kranz S. Associations of food group and nutrient intake, diet quality, and meal sizes between adults and children in the same household: A cross-sectional analysis of U.S. households. *Nutr J*. 2011;10:131.
- Stevenson C, Doherty G, Barnett J, Muldoon O, Trewa K. Adolescents' views of food and eating: Identifying barriers to healthy eating. *J Adolesc*. 2007;30:417-34.
- Contento I. Nutrition education: Linking research, theory and practice. 2nd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2011.
- Larson N, Laska MN, Story M, Neumark-Sztainer D. Predictors of fruit and vegetable intake in young adulthood. *J Acad Nutr Diet*. 2012;112:1216-22.
- Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Frazier AL, Rockett HR, Camargo CA, Field AE, et al. Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Arch Fam Med*. 2000;9:235-40.