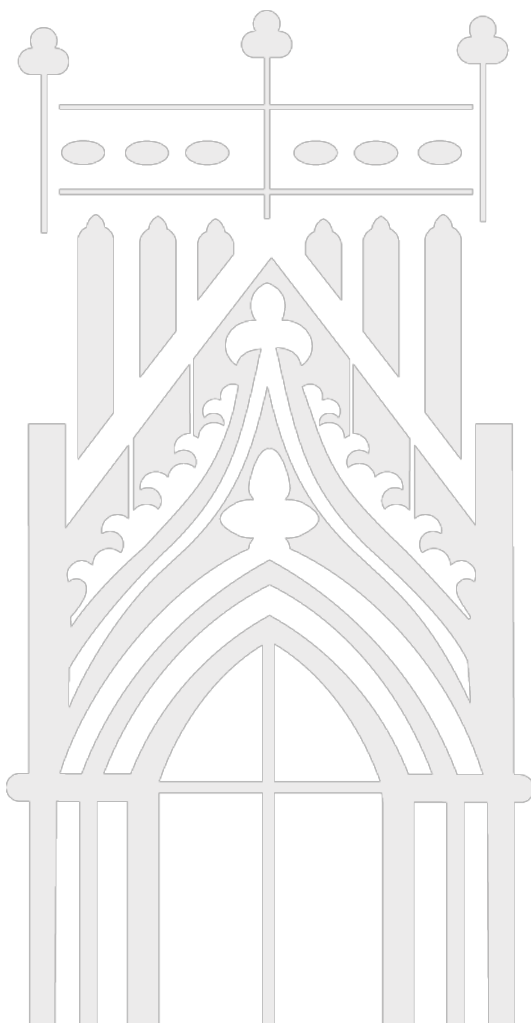


## Mestrado em Enfermagem Comunitária

### Hábitos Alimentares dos Estudantes do Ensino Superior

Joana Maria Rabaça Lucas

abril | 2014



Escola Superior  
de Saúde



**Escola Superior de Saúde**  
Instituto Politécnico da Guarda

**I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária**

# **Hábitos Alimentares dos Estudantes do Ensino Superior**

Joana Maria Rabaça Lucas

Guarda, 2014



**Escola Superior de Saúde**  
Instituto Politécnico da Guarda

**I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária**

# **Hábitos Alimentares dos Estudantes do Ensino Superior**

Trabalho apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda no âmbito da Unidade Curricular Relatório.

**Autor**

Joana Maria Rabaça Lucas

**Orientador**

Professora Doutora Ermelinda Maria Bernardo Gonçalves Marques

**Coorientador**

Professora Agostinha Esteves Melo Corte

Guarda, 2014

## **SIGLAS**

**APN** – Associação Portuguesa de Nutricionistas

**ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde

**CETS's** – Cursos de Especialização Tecnológica

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**EAH** – Escala de Hábitos Alimentares

**EEM** – Escala de Equivalência Modificada

**FCNAUP** – Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto

**FPC** – Fundação Portuguesa de Cardiologia

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**IPG** – Instituto Politécnico da Guarda

**OCDE** – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PNS** – Plano Nacional de Saúde

**PNPAS** – Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável

**PNSE** – Plano Nacional de Saúde Escolar

**QIC** – Questionário de Imagem Corporal

**SPSS** – Statistical Package for the Social Sciences

**ULS** – Unidade Local de Saúde

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço ao Instituto Politécnico da Guarda e aos estudantes que estiveram envolvidos na recolha de dados deste trabalho, fundamental para a sua realização; sem eles nada teria sido possível.

Agradeço à minha orientadora Professora Doutora Ermelinda Marques e à minha Co-orientadora Professora Agostinha Corte pela orientação, acompanhamento, incentivo e dedicação que me proporcionaram ao longo deste percurso e que em tudo contribuiu para a concretização deste trabalho.

Aos meus queridos pais por todo o incentivo e apoio em qualquer fase de todo este processo.

“A alimentação, através do estado nutricional dela resultante constitui o fator ambiental com maior reflexo na saúde e na duração da vida.”

(Peres, 2003)

## RESUMO

A saúde é entendida como um recurso para a vida, exigindo a adoção de estilos de vida saudáveis para se atingir o bem-estar pleno. Atualmente, as alterações dos estilos de vida, nomeadamente os hábitos alimentares e de consumo começam a repercutir-se em problemas graves de saúde pública.

A alimentação para além de ser uma necessidade fundamental do ser humano é um dos elementos do estilo de vida que mais interfere na saúde das pessoas. O início da idade adulta é crucial para o desenvolvimento de hábitos alimentares que serão decisivos na qualidade de vida dos indivíduos.

Neste sentido, os estudantes do ensino superior tornam-se um grupo relevante para implementar programas de educação alimentar.

Os objetivos deste estudo são avaliar os hábitos alimentares dos estudantes do ensino superior e identificar quais os fatores que interferem nos mesmos.

Foi desenvolvido um estudo não – experimental, descritivo-correlacional, transversal e de natureza quantitativa. Foi selecionada uma amostra não probabilística por acessibilidade, constituída por 168 estudantes do Instituto Politécnico da Guarda, com idades compreendidas entre os 18 e os 49 anos, com uma média de idades de 24,40 anos. Para a recolha dos dados, foi utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica, caracterização académica e caracterização socioeconómica, o Questionário de Imagem Corporal e a Escala de Hábitos Alimentares.

Concluiu-se que os estudantes do ensino superior que apresentam melhores hábitos alimentares são os mais velhos; os do género feminino; os que coabitam com o cônjuge, companheiro(a) ou namorado(a) e os que vivem com os pais ou familiares; os que frequentam os cursos das áreas de Saúde e de Hotelaria e Turismo; os que habitualmente comem em casa; os que praticam mais frequentemente exercício físico/desporto e os que revelam melhor imagem corporal.

Os resultados mencionados demonstram a necessidade de implementar estratégias conducentes à prática de estilos de vida saudáveis. Neste sentido, todos os espaços são profícuos para a promoção de estilos de vida saudáveis, sendo a escola um dos locais de excelência, que pode e deve fomentar a promoção de uma alimentação saudável.

Palavras-Chave: Hábitos alimentares, estudantes do ensino superior, educação alimentar.



## **ABSTRACT**

Health is regarded as a resource for everyday life, requiring the adoption of healthy lifestyles to achieve full wellness. Currently, changes in lifestyle, in particular dietary habits and of consumption begin to rebound in serious public health problems.

Eating, besides being a fundamental human need, is one element of lifestyle that most affects people's health. The early adulthood is crucial to the development of eating habits that will be decisive in the quality of life of individuals.

Therefore, students in higher education become a relevant group for implementing nutrition education programs.

The objective of this study was to assess the eating habits of students in higher education and identify the factors that interfere therein.

Thus, it was developed a non-experimental, descriptive-correlational, cross-sectional and quantitative in nature study. For the purpose it was selected a non-probability convenience sampling, consisting of 168 students attending Instituto Politécnico da Guarda, aged between 18 and 49 years, with a mean age of 24.40 years. For data collection, it was used a socio demographic, academic and socioeconomic characterization questionnaire, the Body Image Questionnaire and the Eating Habits scale.

It was concluded that students in higher education that have better eating habits are the older ones; the female gender; those who live with a spouse, partner or boyfriend/girlfriend and those living with parents or relatives; those attending the courses in the Health, Hospitality and Tourism areas; those who usually eat at home; those who most frequently perform sport/physical exercise and those revealing better body image.

The foregoing results express the need to implement strategies conducive to the practice of healthy lifestyles. Thus, all areas are suitable for promoting healthy lifestyles, being the school a place of excellence, that can and should encourage the promotion of healthy eating.

**Keywords:** Eating habits, students in higher education, nutritional education

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Folha
<b>Figura 1</b> – Determinantes da Saúde, segundo a OMS .....	23

## ÍNDICE DE QUADROS

	Folha
<b>Quadro 1</b> – Consistência Interna da Escala de Hábitos Alimentares .....	59
<b>Quadro 2</b> – Consistência Interna do Questionário de Imagem Corporal .....	60
<b>Quadro 3</b> – Distribuição dos estudantes segundo as características sociodemográficas .....	65
<b>Quadro 4</b> – Distribuição dos estudantes segundo as características académicas .....	67
<b>Quadro 5</b> – Distribuição dos estudantes segundo as características socioeconómicas .....	68
<b>Quadro 6</b> – Distribuição dos estudantes segundo a prática de exercício físico/desporto.....	68
<b>Quadro 7</b> – Distribuição dos estudantes segundo a Escala de Hábitos Alimentares.....	69
<b>Quadro 8</b> – Distribuição dos estudantes segundo o Questionário de Imagem Corporal.....	70
<b>Quadro 9</b> – Correlação entre os hábitos alimentares e a idade dos estudantes. ....	71
<b>Quadro 10</b> – Comparação dos hábitos alimentares em função do género dos estudantes .....	72
<b>Quadro 11</b> – Comparação dos hábitos alimentares em função da coabitação no local estudam .....	73
<b>Quadro 12</b> – Comparação dos hábitos alimentares em função da área do curso frequentada .....	74
<b>Quadro 13</b> – Comparação dos hábitos alimentares em função do ano do curso frequentado .....	75
<b>Quadro 14</b> – Comparação dos hábitos alimentares em função do local onde o estudante realiza as refeições.....	76
<b>Quadro 15</b> – Comparação dos hábitos alimentares em função da prática de exercício físico/desporto .....	77
<b>Quadro 16</b> – Correlação entre os hábitos alimentares e a imagem corporal .....	78

# ÍNDICE

	Folha
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	
<b>1 – SAÚDE E ALIMENTAÇÃO</b> .....	15
1.1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE .....	17
1.2 – DETERMINANTES DA SAÚDE E ESTILOS DE VIDA.....	21
1.3 – ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL .....	25
<b>1.3.1 – Fatores determinantes do comportamento alimentar</b> .....	31
1.4 – ALIMENTAÇÃO NO JOVEM.....	33
1.5 – A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS .....	40
<b>1.5.1 – A Importância da educação alimentar</b> .....	45
<b>PARTE II - ESTUDO EMPIRICO</b>	
<b>1 – METODOLOGIA</b> .....	51
1.1 – FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO .....	51
1.2 - OBJETIVOS .....	53
1.3 – DESENHO DO ESTUDO .....	53
1.4 - VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO.....	55
1.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	55
1.6 - INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS .....	57
1.7 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS PARA A RECOLHA DOS DADOS .....	60
1.8 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS .....	61
<b>2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS/RESULTADOS</b> .....	63
<b>3 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES</b> .....	79
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	83
<b>ANEXOS</b>	
<b>Anexo I</b> – Escala de Hábitos Alimentares (EHA).....	94
<b>Anexo II</b> – Questionario de Imagem Corporal (QIC).....	97
<b>Anexo III</b> – Resposta do Sr. Presidente do IPG .....	99

## **APÊNDICES**

<b>Apêndice I</b> – Instrumentos de colheita de dados .....	102
<b>Apêndice II</b> – Pedido de autorização ao Sr. Presidente do IPG para aplicação do questionário <i>on-line</i> .....	109

## INTRODUÇÃO

Atualmente verifica-se que a nossa cultura é cada vez mais sedentária e consumista sendo fundamental sensibilizar as populações para a promoção da saúde, o que implica que se tomem medidas que capacitem os indivíduos para a adoção de estilos de vida saudáveis.

De acordo com a DGS (2003), os estilos de vida são um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais.

Neste sentido intervir sobre estes determinantes surge como uma estratégia de saúde fundamental que permitirá obter ganhos significativos, quer na redução da prevalência de doenças crónicas, quer nos custos económicos sociais e individuais que lhe estão associados. Os estilos de vida pouco saudáveis, como as dietas desequilibradas, o aumento dos hábitos sedentários, o aumento do consumo de tabaco e álcool e a má gestão do stress são fatores de risco preveníveis para as doenças crónicas.

Para a OMS (1998), o estado de saúde das pessoas e das comunidades está relacionado com diversos fatores, nomeadamente a hereditariedade, o meio ambiente, o estilo de vida e o sistema de saúde.

Na perspetiva de Joia (2010) a saúde da população é essencialmente determinada pelo estilo de vida, mas apesar de todas as informações disponíveis, entre os estudantes do ensino superior existem cada vez mais a adoção de comportamentos considerados de risco, sobretudo no que se refere à alimentação.

De acordo com Loureiro (1999), uma alimentação saudável é fundamental para prolongar a vida, evitar inúmeras doenças, nomeadamente doenças cardiovasculares, diabetes e obesidade, bem como o sofrimento humano que as acompanha.

Embora a OMS (1998) saliente a importância de uma boa alimentação, em todas as fases do ciclo de vida da pessoa, na perspetiva de Loureiro (1999), deve ter-se especial atenção à fase em que o individuo deixa de ser adolescente e se torna num jovem adulto, uma vez que é nesta fase que se estabelecem os hábitos alimentares que muitas vezes irão perdurar pela vida. É nesta faixa etária em que se verifica uma prevalência de hábitos alimentares inadequados, na medida em que a entrada para o ensino superior representa um período de maior responsabilidade relativamente à habitação, à gestão das finanças e em

especial às escolhas alimentares e às práticas de estilos de vida saudáveis (Papadaki *et al*, 2007).

De acordo com Petribú *et al* (2009) a falta de tempo e de vontade, um estilo de vida “stressante” e situações próprias do meio académico, a socialização entre pares e o fácil acesso a alimentos pré-confeccionados e à comida *fast-food*, são alguns aspetos que influenciam os comportamentos alimentares destes jovens. A necessidade de aceitação pelo grupo de pares bem como, a preocupação com a imagem corporal, também constituem fatores determinantes na seleção dos alimentos a consumir.

Neste sentido, considera-se o tema “Hábitos alimentares dos estudantes do Ensino Superior” uma questão atual, de interesse para o enfermeiro de enfermagem comunitária e saúde pública, já que no processo de capacitação dos indivíduos relativamente à melhoria e proteção da sua saúde, este assume um papel fundamental na procura e modificação de comportamentos que prejudiquem a saúde, principalmente no que respeita a estilos de vida inadequados, como hábitos alimentares incorretos.

Os estabelecimentos de ensino são um dos principais locais para se atuar no sentido de promover a adoção de padrões alimentares saudáveis, pois é neste espaço que os estudantes passam grande parte do seu tempo, numa fase em que são recetivos à mudança e aquisição de hábitos, promovendo assim a educação alimentar.

No que diz respeito ao tipo de estudo esta investigação enquadra-se no tipo não experimental, descritivo-correlacional, transversal e de natureza quantitativa. A população acessível recaiu sobre os estudantes que frequentam os cursos do Instituto Politécnico da Guarda (IPG), recorrendo-se a uma amostra não probabilística por acessibilidade.

O presente estudo encontra-se dividido em duas partes: a primeira parte consiste na Fundamentação Teórica e a segunda no Estudo Empírico.

Na primeira parte são abordadas as bases científicas do estudo na perspetiva de vários autores. Primeiramente aborda-se a saúde e a alimentação e posteriormente a promoção da saúde, determinantes da saúde e estilos de vida, alimentação saudável, alimentação no jovem e a intervenção do enfermeiro na promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Na segunda parte faz-se referência à metodologia utilizada no estudo, designadamente: definição do problema de investigação, desenho de investigação, tipo de estudo, variáveis e a sua operacionalização, população e a amostra, instrumentos de colheita de dados, tratamento estatístico dos dados, análise, interpretação e discussão dos dados e resultados. Por último, são referidas as conclusões e sugestões do estudo e as referências bibliográficas.

## **PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**



## 1 – SAÚDE E ALIMENTAÇÃO

A saúde, como uma qualidade ou um estado pessoal, tem sido altamente procurada e valorizada ao longo da história da humanidade. Várias foram as tentativas para a sua definição, o que se tornou, ao longo dos tempos, numa tarefa árdua e complicada, uma vez que e, na opinião de Rodrigues *et al* (2005), esta é experimentada e vivida de forma diferente de pessoa para pessoa, tendo em conta a perceção que cada indivíduo ou comunidade têm acerca dos acontecimentos da vida, inseridos num determinado momento e contexto.

Segundo Basto (2000, 2001), a noção de saúde é relativamente recente no mundo ocidental, sendo no período da Revolução Industrial, a saúde representada como “ausência de doença”.

Tendo como objetivo inverter esta visão do conceito de saúde, em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu-a, como “um estado de completo bem-estar físico, social e mental, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade.” (OMS, 1998).

Em 1978, a Conferência de Alma-Ata sobre Cuidados de Saúde Primários reconheceu a saúde como uma meta social fundamental, imprimindo um novo rumo à política de saúde, dando ênfase à participação da população e à cooperação entre vários setores da sociedade, assumindo os Cuidados de Saúde Primários como a sua base (OMS, 1988).

Tendo como ponto de partida os progressos conseguidos graças à Declaração de Alma-Ata, a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (OMS, 1986), foi apresentada com o objetivo de promover a “Saúde para Todos no Ano 2000” e a sua persecução.

Neste contexto, a saúde passou a ser entendida como um recurso do dia-a-dia e não como uma finalidade de vida.

Ao preconizar a saúde como parte integrante dos direitos humanos, a Carta de Ottawa define a paz, os recursos económicos adequados, o alimento, o abrigo, a justiça social, o ecossistema estável e o uso sustentado dos recursos como pré-requisitos fundamentais para a saúde. Nesta ordem de ideias, Nutbeam (1998) enfatiza a ligação entre as condições económicas e sociais, o meio ambiente, os estilos de vida e a saúde, conduzindo a uma compreensão holística da saúde, conceito central para a definição da promoção da saúde.

Também na definição de saúde, emanada pela Ordem dos Enfermeiros (2001), é considerada esta globalidade do ser, que inclui a sua dimensão espiritual. Segundo a Ordem

dos Enfermeiros (2001, p.6), a saúde “é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual.” Reconhece, assim, que a saúde constitui um reflexo de um processo dinâmico e contínuo na busca de um equilíbrio, que é variável no tempo, de acordo com os desafios que cada pessoa vai encarando em cada momento.

De acordo com Katz e Peberdy (1998), embora individualmente possamos experienciar situações de saúde e de doença, a noção de saúde não deixa de ser construída no âmbito de influências de carácter cultural e social. Na perspectiva dos mesmos autores (1998) a transmissão pelos *media* de imagens de saúde contribui para a criação de um conceito social de saúde, que é determinado em função do momento histórico/social, conducente à criação de expectativas e “paradigmas” sociais de saúde.

Não é por acaso que, em geral, o jovem define saúde em termos de vitalidade, força, elegância, enfatizando os aspetos positivos de saúde e o estilo de vida saudável, enquanto o idoso normalmente considera a saúde como a capacidade de resistência e de lidar com as dificuldades do dia-a-dia.

Diversos fatores determinam e influenciam a saúde, destacando-se aqueles que são suscetíveis de serem modificados e aqueles que são inerentes à própria pessoa. De acordo com a OMS (2003), enquanto a idade, o sexo e a herança genética não são modificáveis, o estilo de vida ou mais amplamente, os fatores comportamentais (como fumar, praticar uma dieta alimentar desequilibrada, consumir álcool em excesso ou não fazer exercício físico de modo regular), bem como os fatores biológicos (como por exemplo, a hipertensão e o excesso de peso) e muitos outros aspetos interativos do foro cultural e social, são passíveis de serem alterados.

A saúde é entendida como um recurso para a vida, exigindo a adoção de estilos de vida saudáveis para se atingir o bem-estar pleno.

Antunes (2008) refere que o processo de saúde se deve centrar no ser humano, que para conseguir um estado de completo bem-estar deve ser capaz de reconhecer as suas necessidades e modificar os seus comportamentos com vista a um estilo de vida mais sadio, de modo a permitir uma existência saudável durante todo o percurso de vida.

Assim, promover a saúde significa, não apenas a prevenção das doenças mas a possibilidade de fomentar e proteger a sua própria saúde. Os processos de promoção da saúde exigem que se tomem medidas no dia-a-dia, que se capacitem as pessoas para a adoção de estilos de vida saudáveis protegendo e controlando a saúde.

Componentes do estilo de vida das pessoas como sejam uma alimentação desequilibrada, o consumo de álcool e tabaco, a falta de exercício físico são comportamentos lesivos para a saúde.

Segundo a OMS (1986), a situação nutricional decorrente de uma alimentação insuficiente, excessiva ou desequilibrada é hoje o principal problema de saúde no mundo.

A alimentação para além de ser uma necessidade fundamental do ser humano é um dos elementos do estilo de vida mais determinante no estado de saúde das pessoas.

A alimentação constitui portanto um fator de grande repercussão na saúde individual e coletiva, considerando-se mesmo o fator mais importante para a qualidade e duração de vida.

Para Peres (1982) a falta de hábitos alimentares dos jovens em quantidade e qualidade suficientes, além de ser responsável pelo desenvolvimento de doenças que levam a um envelhecimento prematuro e morte, também é causa para que estes vivam sem saúde, adoecendo com facilidade e possuindo pouca capacidade para o trabalho físico.

A alimentação afirma-se enquanto método inevitável na prevenção de doenças, tanto na perspetiva do público em geral como na dos profissionais da saúde.

Sendo a promoção da saúde definida como um facilitador de aquisição de capacidades, competências e comportamentos conducentes a um estilo de vida saudável, esta constitui uma maneira eficaz de promover e incentivar os comportamentos de saúde nos indivíduos por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública. Face ao exposto e de forma a compreender a temática em estudo, aborda-se neste capítulo a promoção da saúde, os determinantes da saúde e estilos de vida, a alimentação saudável e a alimentação no jovem. Por fim aborda-se a intervenção do enfermeiro na promoção de hábitos de alimentação saudáveis, destacando-se a educação alimentar.

## 1.1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE

Segundo a OMS (1986), a expressão Promoção da Saúde compreende diversas definições. Contudo, a mais utilizada foi a adotada na carta de Ottawa em 1986 e refere-se ao processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde de forma a melhorá-la.

De facto, as orientações emanadas da Carta de Ottawa vieram lançar uma nova forma de encarar a saúde, dando especial ênfase à Promoção da Saúde, com definição de políticas de saúde favorecedoras do bem-estar individual e coletivo. Na perspetiva de Bennet e Murphy

(1999), a promoção da saúde tem como principal objetivo proporcionar aos indivíduos a aquisição de novos comportamentos, que lhes possibilitem adquirir mais saúde, e conseqüentemente, a prevenção de várias doenças.

Na perspectiva de Carrondo (2006, p.37), a Promoção da Saúde

“é um processo que tem como objetivo o desenvolvimento das pessoas, aumentando os seus fatores protetores (recursos gerais de resistência), através de um forte sentido de coerência, que lhes dá a facilidade de ler a realidade, de encontrar recursos e de se envolverem na resolução dos problemas, o que leva à responsabilização pela sua saúde, pela saúde das suas famílias e de toda a comunidade de que fazem parte”.

Tones (1999, 2000) define Promoção de Saúde como a conjugação entre a Educação para a Saúde e Políticas de Saúde Saudáveis.

O mesmo autor (2000) considera, que só a intervenção destes fatores em conjunto conduz a resultados eficazes e que ambas atuam em constante interação.

Na perspectiva de Czeresnia e Freitas (2004), o âmbito de intervenção da Promoção da Saúde é bastante mais amplo, incluindo no seu campo de ação um vasto conjunto de valores, nomeadamente: vida, solidariedade, democracia, equidade, cidadania, parceria, participação, assim como a paz, justiça e igualdade.

De acordo com os mesmos autores (2004, p.16), a Promoção da Saúde pressupõe igualmente um conjunto de estratégias: “ações do estado (políticas públicas saudáveis), sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais.”

A Carta de Ottawa (1986) definiu três estratégias essenciais da Promoção da Saúde:

- Defesa da causa – consiste em unir esforços, no sentido de tornar as condições políticas, sociais, económicas e ambientais como favoráveis à saúde;
- Capacitação – procura assegurar a igualdade de recursos e oportunidades, a fim de capacitar a população para a completa realização do seu potencial de saúde, através do processo de *empowerment*;
- Mediação – os profissionais de saúde e dos serviços sociais têm a responsabilidade de funcionar como “mediadores” entre os diferentes interesses, em relação à saúde, existentes na sociedade.

Foram igualmente definidas cinco áreas prioritárias de ação de acordo com a Carta de Ottawa (1986):

- Elaboração e implementação de uma Política de Saúde Pública – o que implica que as questões relacionadas com a saúde, equidade e igualdade tenham prioridade junto dos governos;

- Criação de ambientes favoráveis – procura gerar condições de vida e trabalho seguros, estimulantes, satisfatórios e agradáveis. Do mesmo modo, implica a proteção e acompanhamento do meio ambiente envolvente;
- Reforço da ação comunitária – através do estímulo e reforço da participação das pessoas nos assuntos que lhes dizem respeito;
- Desenvolvimento de aptidões pessoais – pretende o desenvolvimento pessoal e social através da melhoria e acesso facilitado à informação e à Educação para a Saúde.
- Reorientação dos serviços de saúde – no sentido de se envolver todos os seus membros na prossecução dos objetivos de Promoção da Saúde, assim como a abertura, a comunicação e inter-relação com os setores sociais, ambientais, económicos e políticos.

Tendo em conta, que a saúde e bem-estar das pessoas decorrem de um conjunto de fatores inter-relacionados, Buss (2004), refere que é do consenso geral que a conjugação de esforços e ações sobre os determinantes, tanto estruturais como individuais de saúde, constituem das estratégias mais eficazes no alcance dos objetivos da Promoção da Saúde da população.

Navarro (1995), salienta que para capacitar os indivíduos a tomarem decisões responsáveis e informadas sobre a sua saúde não basta só ajudá-los a adquirir a informação correta e de forma acertada; é também importante ajudá-los a adquirir os meios essenciais para que eles próprios consigam ter o controlo sobre a sua saúde e sobre as suas vidas. Neste sentido, é fundamental que os profissionais de saúde, tanto na sua prática hospitalar como na comunitária, estejam despertos para as necessidades dos indivíduos de uma forma global (no seu contexto económico, social, cultural, etc.), atuando em conjunto com toda a equipa multidisciplinar (técnicos de serviço social, psicólogos, nutricionistas, médicos, enfermeiros), fortalecendo os laços afetivos com a comunidade, estimulando a população a desejar ter saúde, saber como preservá-la, e, ao mesmo tempo, procurar fazer tudo o que estiver ao seu alcance para conservá-la, procurando ajuda sempre que necessário.

A educação para a saúde constitui pois uma ferramenta basilar de promoção da saúde que combina experiências de aprendizagem com o objetivo de facilitar a adoção voluntária de comportamentos saudáveis. Para que se operem mudanças significativas, não deve incidir unicamente na transmissão de informação, mas deve sobretudo levar à ponderação sobre as atitudes e hábitos de cada pessoa promovendo assim um aumento efetivo da literacia em saúde.

Ao longo dos tempos, vários foram os modelos explicativos das mudanças comportamentais estudados e adotados. Todos eles tiveram um objetivo comum, que segundo a OMS (2006) passa por conhecer e identificar os determinantes comportamentais e a influência relativa dos diferentes processos cognitivos e afetivos na adoção de comportamentos.

Dos vários modelos emergentes destacam-se o modelo salutogénico de Antonovsky (1987) e o modelo baseado no *empowerment* defendido por Tones (1991). Ambos os modelos pela sua abordagem positiva da saúde e seus determinantes, visam promover a autonomia e responsabilização individual e coletiva.

Relativamente ao modelo salutogénico, a ênfase é dada às causas que permitem que as pessoas se mantenham saudáveis, criando um "sentido de coerência" que é conseguida com a integração das seguintes três componentes, propostas por Antonovsky (1987):

- **Compreensibilidade:** os estímulos desencadeados pelo próprio meio interno ou pelo meio externo ao longo da vida são estruturados, previsíveis e explicáveis;
- **Combatividade:** cada um tem os seus recursos disponíveis para ir ao encontro das necessidades criadas por tais estímulos;
- **Significação:** tais necessidades são desafios merecedores de investimento e dedicação.

A combatividade depende não só dos recursos pessoais, mas também do relacionamento com os outros e do apoio social e ambiental. Assim, neste quadro salutogénico, é dada grande ênfase não só às próprias pessoas mas também ao suporte social e ambiental que lhes é proporcionado.

O modelo salutogénico considera o indivíduo num “estado de desequilíbrio dinâmico”, sendo continuamente exposto a fatores stressantes que nunca poderão ser eliminados. Assim, quando em contato com estes agentes, a atenção é direcionada para os fatores que permitem uma resposta favorável à saúde, ou seja, identificam-se aqueles que podem ser mobilizados para o restabelecimento do equilíbrio.

Antonovsky (1996) salienta que é importante que ao longo da vida as pessoas tenham experiências, o que vai permitir que, perante qualquer situação geradora de stresse, a pessoa seja capaz de mobilizar os recursos apropriados para lidar com esse problema.

O paradigma salutogénico constitui um novo contributo para a Promoção da Saúde, através do sentido de coerência, para o desenvolvimento de metodologias de intervenção que visam reforçar a capacidade dos indivíduos gerirem, de modo eficaz, a sua exposição a fatores traumáticos de natureza psicossocial, traduzindo-se num importante passo na humanização e qualidade do serviço de saúde.

No domínio da saúde, a OMS tem difundido o conceito *empowerment*, através da Promoção da Saúde, fruto das diretrizes emanadas pela Carta de Ottawa.

Segundo a OMS (1996), o processo de *empowerment* tem um objetivo comum: capacitar as pessoas para a autonomia, capacidade de decisão e iniciativa.

Na perspetiva de Wilson (2004) o conceito *empowerment* significa, entre outras coisas, ter a capacidade de tomar decisões, aceder à informação, ter oportunidade de fazer escolhas coerentes, compreender os seus direitos e responsabilidades, ter sentido de esperança, elevada auto-estima e controlo sobre o percurso das suas vidas.

Em Portugal, e na opinião de Carvalho (2004) o termo “*empowerment*” assume a tradução de “empoderamento”, sendo muitas vezes traduzido como “capacitação”, devido à função que lhe está associada – “capacitar para” (pessoa, família, grupo, comunidade).

A OMS (1998) refere que o processo de *empowerment* para a saúde constitui uma das mais importantes características da Promoção da Saúde, tratando-se de um processo através do qual “as pessoas obtêm maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde” (OMS, 1998, p.6).

O processo de *empowerment* da Promoção da Saúde procura, segundo Carvalho (2004), o desenvolvimento de pessoas reflexivas, autónomas e socialmente solidárias, permitindo deste modo ganhos mais efetivos e duradouros neste domínio, uma vez que se focaliza numa perspetiva holística integrada na resolução dos problemas de saúde da população.

De acordo com Thomas *et al* (1990) citado por Loureiro e Miranda (2010, p.50), “os promotores de saúde devem reconhecer a necessidade de um trabalho prévio de identificação (...) das pessoas e/ou comunidades que dê suporte à ação em Promoção da Saúde, baseando a sua prática num estado cognitivo que resulte numa intrínseca motivação para a ação”.

Tendo em conta que a Promoção da Saúde visa capacitar os indivíduos de forma que tenham um adequado controlo sobre os determinantes da saúde, os mesmos serão abordados de seguida.

## 1.2 – DETERMINANTES DA SAÚDE E ESTILOS DE VIDA

Atualmente, vivemos numa sociedade em constante mutação e readaptação aos fenómenos do dia-a-dia que se refletem diretamente sobre o modo de vida das pessoas.

Nas últimas décadas (especialmente nos países ocidentais), tem-se verificado um aumento da saúde global da população relacionado com a melhoria das condições sanitárias,

alimentares, acesso mais facilitado aos serviços de saúde, avanços técnicos e científicos na detecção e tratamento de certas doenças e maior vigilância das condições de saúde da população. Todos estes fatores vieram contribuir para a diminuição da mortalidade infantil e materna e o consequente aumento da esperança de vida.

No entanto, apesar de todas estas melhorias, verifica-se um descontentamento crescente das pessoas relacionado com uma nova realidade – cada vez mais elementos da população sofrem de doenças crónicas prolongadas, causadoras de sofrimento.

Segundo Helman (2001), esta insatisfação está intimamente relacionada com o próprio sucesso da medicina em si mesma e pela adoção de estilos de vida que põem em risco a saúde.

A Direção Geral de Saúde (DGS) (2006) apresenta no Programa Nacional de Saúde dos Jovens uma versão adaptada da OMS (2002) e baseada no modelo Dahlgren's sobre os principais determinantes de saúde e sua ação sobre o indivíduo, como se pode observar na figura 1.

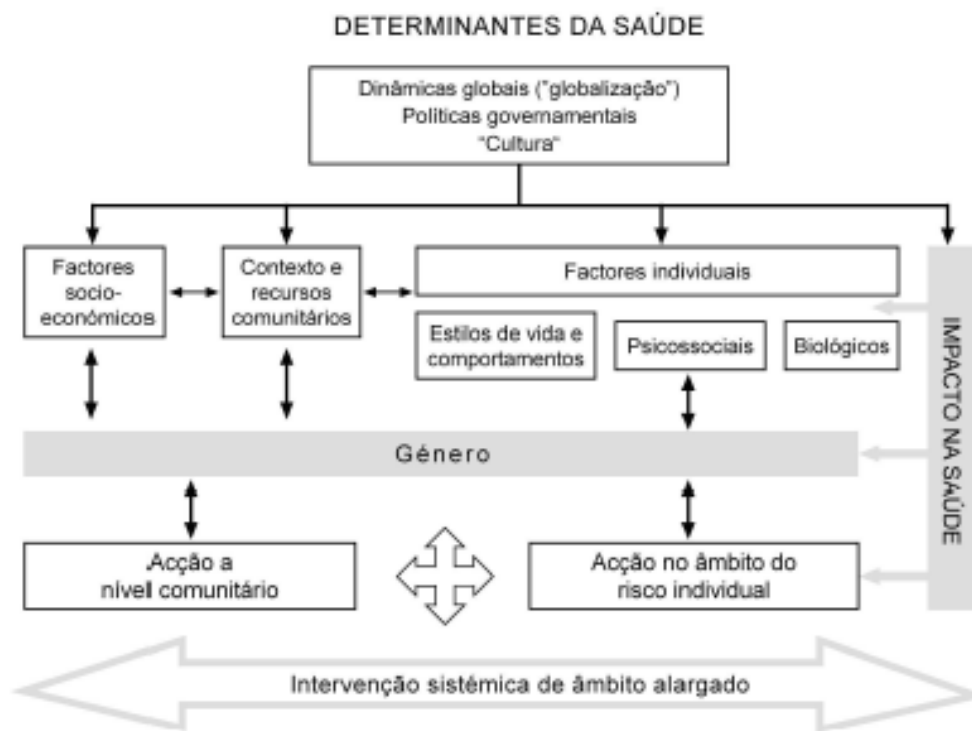
Este modelo reúne os determinantes da saúde em três grupos principais: fatores de ordem socioeconómica, estilos de vida e ambiente físico, que, por sua vez, estão em interação contínua com vulnerabilidades específicas dos indivíduos. No primeiro grupo estão incluídas a pobreza, o emprego, o grau de desenvolvimento da comunidade, a educação e o stresse. Do segundo fazem parte a alimentação, a atividade física e os consumos nocivos (tabaco, álcool e drogas). As variáveis relacionadas com a qualidade da água e do ar, a segurança alimentar, as condições de trabalho e habitação, os transportes e exposição a radiações ionizantes pertencem ao terceiro grupo. Neste modelo, o sexo é entendido como a construção social das diferenças entre homem e mulher que se reflete no estabelecimento das relações interpessoais e determina iniquidades com impacto sobre os determinantes de saúde apresentados. É expressa a necessidade de abordagem da pessoa numa perspetiva global, que tenha em conta todos os fatores supracitados, equacionando de igual modo o acesso, disponibilidade e organização dos serviços.

O conhecimento das atitudes e dos comportamentos dos jovens relativamente aos estilos de vida e seus determinantes constitui uma das preocupações emergentes da última década.

De acordo com a DGS (2003), os estilos de vida são um conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, aprendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida e em diferentes situações sociais.



**Figura 1** – Determinantes da Saúde, segundo a OMS



Fonte: Adaptado de OMS (2002, cit. por Direcção Geral da Saúde, 2006)

Segundo Irwin (1987) uma visão abrangente do comportamento social e da saúde na adolescência, implica uma análise da relação dos jovens com os principais grupos de referência, e dos comportamentos exploratórios que têm lugar nesta fase da vida dos indivíduos.

O desenvolvimento saudável do jovem, é conseguido através de um sistema de suporte prolongado, com uma progressiva autonomia em relação a este sistema como salienta Irwin (1987) e encorajado através de um compromisso mútuo entre jovens, adultos e pares.

Soares e Campos (1985) defendem que ao longo da adolescência verifica-se um envolvimento ativo no relacionamento com os outros significativos, fundamental para o processo de construção da identidade e autonomia. Estes processos envolvem a construção de novas experiências, o enfrentar de acontecimentos até ao momento não vivenciados, o experimentar novos papéis e a aprendizagem de novos comportamentos.

De acordo com os mesmos autores (1985), durante a adolescência, novos desafios vão sendo colocados à medida que o adolescente se vai envolvendo com o seu ambiente físico e social.

Nesta fase, para além da família, os pares, os meios de comunicação social, o próprio ambiente escolar e o contexto sociocultural exercem influência significativa na formação das

atitudes, crenças, valores e padrões de comportamento do adolescente. As mudanças físicas e emocionais ocorridas, associadas à pressão dos pares e a uma agressiva política de *marketing* e publicidade deixam os adolescentes mais vulneráveis ao risco. Do mesmo modo, os adolescentes sentem algum fascínio pela exploração de novos caminhos, optando, por vezes, por comportamentos de risco. Nesta fase, de acordo com OMS (2005) podem ser adquiridos alguns dos principais estilos de vida que podem afetar a sua saúde durante toda a existência, como, por exemplo, os consumos nocivos.

Apesar da família continuar a ser importante para o adolescente, este vai gradualmente experimentando e conquistando a sua independência, procurando definir uma identidade própria. Durante a conquista deste espaço e identidade, são vários os fatores que podem influenciar as suas opções e interferir na construção do seu percurso.

Para Coleman (1985) os grupos de pares têm um papel fundamental na construção da identidade e autonomia sendo que as interações promovidas pelos pares, permitem a formação de opiniões e atitudes acerca dos próprios indivíduos, dos outros e principalmente na aquisição de comportamentos relativamente aos estilos de vida.

Para a OMS (2011), os estilos de vida pouco saudáveis, como o aumento dos hábitos sedentários, as dietas desequilibradas, o aumento do consumo de tabaco e álcool e a má gestão do stress são fatores de risco para as doenças crónicas, a epidemia do século XXI. Segundo a OMS estas representam cerca de 86% das mortes e 77% do total de doenças na região europeia da OMS e têm como etiologia comum um conjunto de fatores fundamentalmente ligados aos estilos de vida, geradas através das opções individuais ao longo da vida.

Intervir sobre estes determinantes surge como uma estratégia de saúde fundamental que permitirá obter ganhos significativos, quer na redução da prevalência de doenças crónicas, quer nos custos económicos sociais e individuais que lhe estão associados.

Atualmente, a evidência científica disponível identifica os quatro maiores fatores de risco das doenças crónicas como sendo: tabagismo, má alimentação, abuso de álcool e défice de atividade física. Estes riscos são co-fatores na génese da maioria das doenças crónicas e da mortalidade na Europa. De acordo com a DGS (2010), é pois, fundamental desenvolver estratégias e metodologias de prevenção que os eliminem, seguindo uma perspetiva holística e transversal a um conjunto variado de atividades.

Neste contexto, a União Europeia indica seis medidas inadiáveis:

- 1- Reduzir as desigualdades em saúde, desenvolvendo iniciativas alargadas aos diversos setores da sociedade que visem diminuir as disparidades associadas a questões étnicas, económicas, de exclusão social, género, idade e literacia.
- 2- Aumentar a literacia dos cidadãos no sentido da prevenção das doenças crónicas.

- 3- Reduzir o consumo de tabaco.
- 4- Incentivar a alimentação equilibrada.
- 5- Fomentar a prática regular do exercício físico.
- 6- Diminuir o impacto negativo do consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

Aborda-se, de seguida, a alimentação saudável, considerada pela União Europeia como uma das medidas inadiáveis para a diminuição rápida e sustentada dos índices de mortalidade (nomeadamente por doenças cardiovasculares, obesidade e doenças oncológicas), através da implementação de uma política alimentar e nutricional assente em programas e projetos direcionados para a comunidade em geral e especificamente para os jovens.

### 1.3 – ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

A alimentação é uma necessidade básica do homem, pois dela depende a sua sobrevivência e também a sua qualidade de vida.

O modo como as diversas culturas se têm vindo a desenvolver está relacionado com a forma como os indivíduos se alimentam.

Podemos constatar que a alimentação tem determinado o futuro e o destino das civilizações, condicionando os modos de vida, os comportamentos e a sua forma de estar no mundo. O tipo de alimentação dos povos ajuda a compreender a sua história.

Uma alimentação saudável pode tomar várias formas e é compreendida de diferentes maneiras nos diferentes países, de acordo com as respetivas culturas.

Segundo Peres (2003), a alimentação adequada é uma necessidade primária essencial à manutenção da vida, que permite fornecer energia, construir e reparar estruturas orgânicas e regular os processos de funcionamento do organismo, além de ser um marcante meio de socialização e de expressão cultural.

Um dos fatores ambientais mais importantes para o desenvolvimento e saúde dos povos é naturalmente a alimentação. Peres (2003) defende que a alimentação, através do estado nutricional dela resultante constitui o fator ambiental com maior reflexo na saúde e na duração da vida.

A alimentação tem sido ao longo dos séculos, um dos principais problemas tanto pela sua carência como pela abundância. Apesar de todos os progressos, da evolução e desenvolvimento tecnológico, há regiões no mundo onde a fome é uma realidade e onde as populações morrem e adoecem em grande número devido a carências alimentares.

Peres (2003), defende que a frequência de certas doenças pode estar relacionada com os hábitos alimentares das populações pois, certas doenças como a tuberculose, gastroenterites, raquitismo e outras, poderão ser indicativos de alimentação carenciada, enquanto as doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, obesidade, poderão ser consequência de uma alimentação excessiva ou não equilibrada.

A alimentação para além de ser uma necessidade fundamental do ser humano, é um dos elementos do estilo de vida mais determinante no estado de saúde das pessoas.

É hoje indiscutível que uma alimentação saudável e uma boa nutrição são pré-requisitos para a saúde em qualquer das etapas da vida. Hábitos alimentares equilibrados desde criança promovem um desenvolvimento saudável, asseguram um futuro harmonioso e uma prevenção de riscos para a saúde.

A OMS (1998), refere que a alimentação saudável deveria ser uma parte integrante da vida diária de modo a contribuir para o bem-estar físico, psicológico e social.

Para Precioso e Santos (2012), uma dieta saudável, só por si, não dá garantias de boa saúde ou de uma sensação de um pleno bem-estar, mas pode ser uma base segura para se prolongar a vida e evitar inúmeras doenças e o sofrimento humano que as acompanha. Assim, a alimentação diária deve ser um fator essencial de boa saúde, que nos deve incitar a uma verdadeira arte de sobreviver, com a preocupação de comer bem, agradavelmente, de preferir a qualidade à quantidade, escolhendo a melhor maneira de preservar a saúde.

Com efeito, a importância de uma boa alimentação na promoção da saúde e na proteção contra infeções e outras doenças é reconhecida pela OMS (1998) considerando que a alimentação saudável contribui para uma população mais saudável, mais assídua ao trabalho e, por consequência, com maior produtividade, com menos gastos com a saúde, o que tem certamente vantagens para o próprio, para a sua família e para a sociedade em geral.

A alimentação desregrada é um dos fatores geradores de inúmeras doenças tais como as cardiovasculares e o agravamento da diabetes, sendo a obesidade responsável, na maioria dos casos por tais patologias. A OMS considerou a obesidade como a epidemia do século XXI, alertando para o facto de que, se não se tomarem medidas drásticas para a prevenir e tratar ela atingirá 50% da população em 2025. Segundo dados da OMS (2007) na maior parte dos países da Europa a obesidade é a epidemia em maior crescimento, afetando atualmente 10 a 40% da população adulta.

De acordo com Peres (2003), a alimentação implica diretamente com:

- Desenvolvimento intra-uterino e as suas consequências imediatas e ulteriores para a criança e o futuro adulto;

- Crescimento, desenvolvimento e maturação durante a infância e a adolescência;
- Comportamentos e desenvolvimento intelectual e psico-afetivos;
- Capacidades e aptidões para a aprendizagem e realização de trabalho;
- Imunidade e resistência às infecções, e no geral, à doença;
- Vulnerabilidade para doenças metabólicas e degenerativas;
- Ritmo de envelhecimento ao longo do ciclo de vida.

Para Breda (2003), os objetivos da alimentação são:

- Significar enquanto ato social, reunião e convívio, dar prazer, sensação de bem-estar emocional;
- Permitir a realização de tarefas físicas e intelectuais, próprias da vida humana;
- Elaborar reservas para satisfazer as necessidades em situações de ausência de alimentos, naturalmente no intervalo das refeições, e nos casos de necessidades aumentadas, principalmente em situações de doença e em períodos de recuperação das mesmas;
- Edificar, manter e refazer células, tecidos e órgãos em pleno desenvolvimento até à idade adulta;
- Realizar ações conducentes à produção de energia e calor para manter a temperatura do corpo e as condições vitais;
- Permitir um bom funcionamento do sistema digestivo.

Os nutricionistas desenvolveram duas formas simples para transmitir orientações sobre o que cada pessoa deve incluir na sua dieta para satisfazer todas as suas necessidades alimentares: a Roda dos Alimentos e a Pirâmide Alimentar.

A Roda dos alimentos, surgiu no seguimento da campanha de Educação Alimentar “Saber comer é saber viver” iniciada em 1977, tendo sido utilizada como instrumento essencial na promoção de hábitos alimentares saudáveis. Criada em 2003 pela Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto (FCNAUP). A Roda dos Alimentos associa-se ao prato vulgarmente utilizado, ao contrário da Pirâmide Alimentar, o círculo não hierarquiza os alimentos, mas sim, atribui-lhe igual importância.

De uma forma simples, e de acordo com Nunes e Breda (2001), FCNAUP (2003) e APN (2011), a Roda dos Alimentos transmite as orientações pertinentes para uma Alimentação Saudável, que se traduz por ser:

- Uma Alimentação Completa – comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente;
- Uma Alimentação Equilibrada – respeitar as proporções de cada grupo, comer maiores quantidades dos grupos maiores e menor quantidade dos grupos de menor dimensão;
- Uma Alimentação Variada – comer diferentes alimentos dentro de cada grupo.

A Pirâmide Alimentar, demonstra que a alimentação quando praticada de uma forma equilibrada traz grandes benefícios para a saúde, desde que combinada com outros hábitos de vida saudáveis, como a prática frequente de exercício físico moderado bem como, o consumo moderado de bebidas alcoólicas e a abolição do tabaco.

Segundo Peres (2003), comer com equilíbrio e variedade é uma das regras de ouro da alimentação saudável. Comer bem não é comer excessivamente os mesmos alimentos de boa qualidade. Comer bem, racionalmente, é comer o suficiente, nem de mais, nem de menos, com uma alimentação muito variada, de modo a desenvolver e a manter o peso ideal para que a pessoa se sinta bem, com boa capacidade de trabalho.

De acordo com Peres (2003), um padrão alimentar saudável e adaptado às exigências e gostos dos povos, exige as condições a seguir descritas que recolhem o consenso da OMS (1996) e que não são mais que algumas linhas orientadoras de uma alimentação saudável:

- Ajuste do valor energético da alimentação às características biológicas, diferentes necessidades das fases sucessivas do ciclo da vida, estatura, atividade física e clima;
- Distribuição repartida dos alimentos necessários por várias refeições a intervalos de três horas aproximadamente, distribuindo a alimentação diária por cinco refeições, com um pequeno-almoço completo e equilibrado, atendendo a que o jejum noturno não deve ultrapassar as dez horas;
- Comer diariamente alimentos de todos os grupos da Roda dos Alimentos, na proporção em estão representados e variar o mais possível de alimentos dentro de cada grupo. Assim, deve ter uma forte componente de cereais, vegetais e frutas que forneçam as vitaminas necessárias, minerais, fibras e hidratos de carbono complexos e que podem ajudar a consumir poucas gorduras. As gorduras alimentares devem ser utilizadas com precaução, sendo incontestável

que a gordura mais saudável é o azeite, sendo preferencialmente consumido cru, ou adicionado aos alimentos no término da confecção dos mesmos. Deve ainda ser pobre em açúcares, sal e bebidas alcoólicas;

- Utilização de alimentos com boa qualidade higiênica;
- Adoção de preparações culinárias simples (dando preferência ao consumo de cozidos a vapor e grelhados que não utilizem o carvão, em detrimento de assados, fritos e do excesso de sal), evitando a destruição de nutrientes e a alteração de gorduras, quer de constituição ou de adição. O consumo de sumos de fruta fresca e saladas deve ser imediato após a sua preparação. A forma como são confeccionados os alimentos difere de região para região e de acordo com a cultura de cada povo;
- As ementas deverão ser agradáveis, respeitando hábitos e tradições, ainda que as inovações, se racionais, sejam salutaras.

De referir também as leis de Escudero que, segundo Aguiar (2001), regulam uma alimentação saudável nomeadamente: a lei da quantidade, a da qualidade, a da harmonia e da adequação.

A lei da quantidade indica que os alimentos devem ser fornecidos nas quantidades necessárias para cobrirem as despesas do organismo.

A lei da qualidade refere que o regime alimentar deve ser completo na sua composição (ter todos os nutrientes essenciais), de modo a fornecer ao organismo todas as substâncias que este necessita.

A lei da harmonia acrescenta que todos os nutrientes fornecidos pelos alimentos devem sê-lo em quantidades tais que permitam o perfeito funcionamento do organismo.

A lei da adequação refere que a alimentação deve utilizar alimentos adequados ao bom funcionamento do tubo digestivo e outros órgãos, respeitando os hábitos alimentares saudáveis e gosto do indivíduo.

Ferreira (1983) salienta que nos países industrializados, apesar da melhoria global da higiene alimentar, têm vindo a ser cometidos erros ao longo das últimas décadas em matéria de quantidade e de qualidade de certos contributos nutricionais.

No contexto de uma boa alimentação, adquiriu grande destaque o conceito de dieta mediterrânica. O padrão alimentar mediterrânico consiste num tipo de alimentação praticado pelos países do sul da Europa (Grécia, Itália, Espanha e Portugal) no início da década de 60. A alimentação Mediterrânica descreve uma forma específica de comer e beber, a qual tem vindo a ser relacionada com benefícios marcados na saúde das populações. Por esta razão, na

perspetiva de Nunes e Breda (2001), este tipo de alimentação é muitas vezes definida como modelo de dieta equilibrada e saudável.

Ao longo dos anos, os cientistas têm vindo a estudar este padrão alimentar e atualmente, de acordo com a Fundação Portuguesa de Cardiologia (FPC) (2010) e APN (2011) são já atribuídos inúmeros benefícios para a saúde, decorrentes de uma alimentação mediterrânica dos quais se destacam alguns: proteção cardiovascular, longevidade, proteção contra diversos cancros, defesa contra diversas doenças crónicas, auxílio de uma melhor respiração, prevenção da depressão, entre outros.

Segundo a APN (2011), as vantagens deste padrão alimentar prendem-se com as propriedades que estão associadas aos antioxidantes que predominam nas hortaliças, legumes, frutos e azeite. A dieta Mediterrânica caracteriza-se essencialmente por:

- Ser rica em hortaliças, frutos frescos e secos, sementes, leguminosas secas e cereais pouco refinados;
- Uso de azeite como principal gordura de adição;
- Consumo moderado de vinho tinto à refeição, que para os homens será de um copo e para as mulheres meio copo por refeição;
- Ingestão reduzida de proteínas de origem animal, mais propriamente carnes vermelhas e mais consumo de peixe;
- Consumo equilibrado de produtos lácteos;
- Realização de cinco a seis refeições por dia num ambiente descontraído e calmo, no seio da família, afastando assim qualquer clima de stresse.

A Dieta Mediterrânica compreende um conjunto de práticas tradicionais, conhecimentos e habilidades transmitidas de geração em geração e que proporciona um sentimento de pertença e de continuidade para as comunidades envolvidas. Segundo a FPC (2010) a 16 de Novembro de 2010, foi declarada como Património Cultural Imaterial da Humanidade pela UNESCO, após candidatura levada a cabo por Portugal, Grécia, Itália.

De acordo com os dados do INE (2003), os hábitos alimentares dos portugueses sofreram um aumento do consumo alimentar *per capita*, consequência do desenvolvimento económico e do aumento do poder de compra, na década de 90. Entre 1990 e 2002, o grupo dos alimentos que teve maior aumento do consumo *per capita* foi o dos leites e derivados (+42%), seguido do grupo da carne e ovos (+32%), havendo deste modo um aumento do consumo de produtos de origem animal. O grupo dos frutos e produtos hortícolas teve um aumento mais moderado (+8%) bem como o dos óleos e gorduras vegetais (+8%). Pelo



contrário, o grupo dos cereais, arroz, leguminosas e batata, apresentou um decréscimo do consumo *per capita* (-12%).

Não obstante, Peres (2003) refere que a população portuguesa está a adquirir padrões alimentares cada vez mais afastados da dieta mediterrânica, onde o tradicional cenário social e culinário começa a desaparecer. Enquanto que no passado os alimentos eram comidos crus e frescos, ricos em fibras, vitaminas e minerais, sem aditivos químicos e pesticidas, hoje comem-se alimentos processados pelo calor, conservados e refinados, com alto teor de gorduras saturadas, pobres em fibras, sem vitaminas e minerais, cheios de açúcar, sódio e aditivos químicos (Teixeira, 2002).

Nos países mais industrializados têm-se também verificado um aumento significativo do setor da restauração, nomeadamente no que se refere a estabelecimentos de *fast-food*, o que leva a que as pessoas optem mais pelo consumo deste tipo de comida.

Assim, assiste-se a uma grande redução de consumo de fruta fresca e de legumes e a um aumento no consumo de carne, de gorduras saturadas, sal e de açúcar.

Mais recentemente, o INE (2010) revela que os dados analisados põem em evidência uma dieta hipercalórica e uma roda dos alimentos distorcida. Os dados divulgados referentes ao período de 2003 a 2008 revelam uma acentuação dos desequilíbrios da dieta alimentar portuguesa, que se reflete, nomeadamente num excesso do consumo calórico e de gorduras saturadas, numa ingestão baixa de frutos, hortícolas e leguminosas secas e num recurso excessivo aos grupos alimentares de carne, pescado e ovos e de óleos e gorduras. Apesar disso Portugal é um dos maiores consumidores de sopa, registando também um elevado consumo de frutos vermelhos.

São vários os fatores que influenciam a escolha alimentar dos indivíduos, os quais irão ser abordados de seguida.

### **1.3.1 – Fatores determinantes do comportamento alimentar**

De acordo com Nunes e Breda (2001) os indivíduos não estão dotados de uma capacidade inata para escolher alimentos em função do seu valor nutricional, pelo contrário, os seus hábitos alimentares são aprendidos através da experiência, da observação e da educação. Breda (2003) refere também que as condições de vida familiar, social e profissional, assim como a situação económica determinam o comportamento alimentar, pelo que as relações entre alimentação e saúde se devem considerar de natureza multidisciplinar.

Precioso (2004), acrescenta que se o estado de saúde está diretamente relacionado com os comportamentos das pessoas, devemos procurar as vias mais adequadas para promover a adoção de comportamentos saudáveis ou alteração de condutas prejudiciais. A promoção de hábitos alimentares saudáveis passa pela compreensão da etiologia de alguns comportamentos. Se não compreendermos os motivos que os condicionam, dificilmente podemos adequar estratégias de intervenção. Segundo Pardal (1994), os estilos de vida, dos quais as práticas alimentares são parte integrante, estão relacionados com uma complexa interação de fatores como:

- Fatores biológicos e psicológicos, ou seja, as características individuais (genéticas ou adquiridas), tais como a personalidade, o interesse, a educação recebida, o nível de instrução;
- Fatores do ambiente microssocial em que se desenvolve o indivíduo: casa, família, amigos, vizinhos, cultura, tradições, o poder de compra, ambiente laboral ou estudantil;  
É de salientar que, no que diz respeito ao poder de compra, as famílias com rendimentos económicos mais baixos são as que tendem a comprar produtos alimentares mais baratos, os quais contêm maior percentagem de gorduras e açúcares simples;
- Fatores macrossociais, que por sua vez moldam decisivamente os anteriores (o sistema social, a cultura imperante na sociedade, a influência de grupos económicos e outros grupos de pressão, os meios de comunicação, a publicidade, as instituições oficiais);
- Fatores ambientais (o meio físico geográfico, que influi nas condições de vida dominantes na sociedade e por sua vez sofre modificações pela ação humana, as políticas agrícolas e comerciais).

Com efeito, os comportamentos alimentares dependem de múltiplos fatores, pelo que nenhum fator isolado é suficiente para explicá-los. Qualquer esforço para estimular as pessoas a comer saudavelmente tem que ter em conta todos estes fatores e ainda a diversidade cultural e social existente.

Sendo os jovens o grupo etário mais suscetível de desenvolver comportamentos alimentares inadequados com base nos fatores anteriormente mencionados, seguidamente será abordada a alimentação no jovem.

## 1.4 – ALIMENTAÇÃO NO JOVEM

Durante a adolescência uma alimentação adequada é tão importante quanto na primeira infância uma alimentação estruturada, porque, para além de ter de satisfazer as necessidades elevadas de nutrientes neste período, serve também para criar e manter bons hábitos alimentares (Fernandes, 2004).

Nevin-Folino (2003) sublinha que, durante a passagem em que o adolescente deixa de ser criança para se transformar num indivíduo adulto, ele torna-se cada vez mais independente e autónomo nas decisões que toma e vai desenvolvendo o seu próprio sistema de valores. Este é o momento em que os mais jovens adquirem novas capacidades e são confrontados com inúmeras situações novas no que diz respeito a hábitos alimentares.

A transição do ensino secundário para o ensino superior surge, segundo Azevedo e Faria (2001), como uma das mais importantes de todo o ciclo de vivências académicas dos jovens estudantes. Ao entrar para o ensino superior, o estudante encontra um ambiente radicalmente diferente daquele que conheceu durante toda a sua vida académica, podendo este ser encarado na perspetiva de Azevedo e Faria (2006), simultaneamente como um desafio e uma ameaça, já que exige a adoção de estratégias de trabalho e organização pessoal a qual pode ser indutora de stresse e de tensão.

A entrada no ensino superior é, segundo Story *et al* (2002) e Kubik *et al* (2003), também o marco do início da autonomia própria do jovem adulto.

Para muitos estudantes, a entrada no ensino superior corresponde ao primeiro momento em que estes terão que se responsabilizar pela sua própria residência, o que implica também, a alimentação e a gestão das suas finanças, para além de gerir o seu tempo e conciliá-lo com os estudos.

Gambardella (1999) refere que a família é a primeira instituição que tem ação sobre os hábitos alimentares do indivíduo, sendo responsável pela compra e preparação dos alimentos em casa, transmitindo os seus hábitos alimentares aos jovens. Até ao final do ensino secundário o jovem contava com a família, nomeadamente com os pais, para a compra e confeção dos alimentos, havendo um maior controlo dos seus hábitos alimentares, com a entrada no ensino superior será o jovem que terá que ser responsável por essas tarefas.

Assim, de acordo com Neumark-Sztainer e Story (1999) estas variações e as novas responsabilidades experimentadas pelos jovens vão provocar alterações ao nível dos seus hábitos, influenciando também os seus comportamentos alimentares, levando-os a abandonar, progressivamente, os seus padrões previamente definidos e enraizados nos costumes sociais do meio de proveniência e familiares.

Matos *et al* (2001) referem que existe uma tendência generalizada para os hábitos alimentares se irem deteriorando com a idade, manifestando-se igualmente diferenças significativas entre os géneros. Fonseca *et al* (2009) sublinham que os jovens perdem em qualidade alimentar à medida que avançam na idade e que as raparigas consomem mais frequentemente alimentos saudáveis comparativamente aos rapazes.

Segundo Lancaster e Stanhope (2000), as condições de vida na sociedade não são uniformes, existindo diferenças na inserção socioeconómica do indivíduo na comunidade, estando a situação económica fortemente ligada ao estado de nutrição das pessoas. Os mesmos autores (2000) acrescentam que os indivíduos com recursos socioeconómicos deficitários, não têm ao seu dispor todo o tipo de produtos alimentares.

Ferreira (1994) salienta que à medida que o nível de vida da população aumenta, as preocupações dirigem-se mais para a satisfação da qualidade, do que para a satisfação da quantidade, sem que a qualidade signifique alimentos mais saudáveis.

Segundo Almeida *et al* (2001), à medida que aumentam os rendimentos das famílias, aumenta a proporção do orçamento destinado à alimentação. Na perspetiva do mesmo autor (2001), nas famílias com menores rendimentos, a escolha alimentar está sujeita a pressões como flutuações de preços, sendo que as famílias poderão ter de diminuir as compras, aproveitando promoções, alternativas mais baratas e diminuindo os desperdícios alimentares.

A OMS (2003) refere que os jovens de meios socioeconómicos mais baixos consomem *snacks*, doces e saltam refeições mais frequentemente, consomem menos fruta e vegetais dos que adolescentes de meios socioeconómicos mais elevados.

Na perspetiva de Fernandes (2004), o jovem procura a ingestão alimentar com o único objetivo de satisfazer a fome. Este não possui a perceção de que os alimentos são uma fonte de energia e que contêm nutrientes indispensáveis ao seu crescimento e desenvolvimento.

A alimentação pode ser vista como uma forma de aliviar pressões ou de resolver problemas do dia-a-dia, com quebra de padrões, entre os quais os hábitos alimentares da família, o que leva a que os jovens tenham desvios que sejam por vezes nocivos.

A necessidade de aprovação por parte do grupo de pares é muito importante para os jovens que iniciam uma nova etapa de vida. Assim, os jovens tendem a adotar padrões alimentares de acordo com as expectativas do grupo. Para Moreira e Peres (1996), depois da família, o grupo de pares é um dos mais importantes microssistemas que contribui com grande importância para a formação e modificação dos valores e atitudes no que concerne à alimentação, especialmente na adolescência. Segundo estes investigadores (1996), comer é uma forma importante de recreação e sociabilização, e o jovem deseja ir ao encontro do padrão e expectativas do seu grupo de amigos.

Para Bauer (2009), o convívio com o grupo de pares potencia o aumento do consumo de alimentos nutricionalmente desequilibrados, conforme a idade progride, considerando que os períodos de transição durante a adolescência são momentos cruciais durante os quais são necessários esforços para diminuir o consumo de alimentos nutricionalmente desequilibrados.

Muitos estudantes do ensino superior desenvolvem preocupações ligados ao corpo e à sua imagem corporal. Excessos e restrições alimentares são cometidos pelos jovens tendo em conta, as imagens idealizadas. De acordo com Precioso e Santos (2012), há diversos estudos desenvolvidos com jovens, particularmente com raparigas, que revelam a apreciação desviante da imagem corporal e a extrema preocupação com o peso e a aparência física. A “ditadura da linha” e a difusão de um “corpo delgado” e longilíneo que muitas vezes está associado a imagens de popularidade, inteligência e atração, com frequência destacado nos meios de comunicação, pode estar na origem de comportamentos de omissão de refeições ou como adoção de regimes alimentares carenciados ou desequilibrados.

Sakamaki *et al* (2005) refere que, surge um aumento no grau de insatisfação com o próprio corpo, especialmente entre os estudantes. A entrada no ensino superior acaba por ser um fator contribuinte, visto acarretar uma nova pressão social sobre estes, relativamente à sua imagem corporal/perceção corporal.

O mesmo autor (2005) acrescenta que este conceito de imagem corporal/perceção corporal pode ser o principal responsável pela adoção de dietas dentro dos estudantes do ensino superior, sendo observada também uma diferença em relação ao género, pois enquanto o ideal de magreza se impõe no sexo feminino, o sexo masculino normalmente procura o corpo musculado e forte.

Liebman *et al* (2000) no seu estudo revela que, o comportamento dietético reflete então essa mesma diferença, sendo mais prevalente no sexo feminino (38%) do que no sexo masculino (15%).

Segundo um estudo realizado por Fonseca (2009), as raparigas referem estar mais frequentemente em dieta, ou se não estão, consideram mais frequentemente estar a precisar. O comportamento de dieta está relacionado com uma ingestão inferior de alimentos pouco saudáveis e de álcool mas, não aparece relacionado com um maior consumo de alimentos saudáveis. O estudo revelou ainda que, as alterações dietéticas como método de emagrecimento, estão fortemente associadas a alterações psicológicas negativas, patologias alimentares e baixos níveis de auto-estima, principalmente no sexo feminino.

Fonseca (2009), mostra que desajustes no modo como o jovem se comporta face à dieta, na perceção que tem da sua aparência e na motivação para mudar algo no seu corpo, se relacionam muitas vezes com um mal-estar pessoal e social.

Machado e Gonçalves (1999) citado por Precioso e Santos (2012) referem que a preocupação com a imagem corporal que afeta fortemente a escolha alimentar de muitos jovens, pode assumir dimensões preocupantes chegando a manifestar-se pela ocorrência de perturbações de comportamento alimentar, como é o caso da anorexia e bulimia.

De acordo com um estudo realizado por Matos *et al* (1996), quase metade dos jovens consideram o seu corpo demasiado gordo ou demasiado magro e gostaria de alterar algo no seu corpo e cerca de um terço destes jovens pensam necessitar de uma dieta para perder peso. Segundo o mesmo estudo (1996), os rapazes parecem estar mais satisfeitos com o seu corpo, as raparigas mais frequentemente referem querer mudar algo no seu corpo e estar a precisar de perder peso. Os mais velhos parecem mais preocupados com o corpo, referindo querer alterar algo e precisar de perder peso.

O fácil acesso e as campanhas publicitárias que incentivam o consumo de refeições rápidas (tipo *fast-food* e refeições pré-confeccionadas) podem também influenciar o padrão alimentar do jovem. Lemos (1999) citado por Precioso e Santos (2012) demonstram que os *media*, particularmente a televisão, revistas e a rádio, pela abrangência do número de destinatários que atingem, assumem um papel importante na modelação dos hábitos alimentares, induzindo o desejo por determinados produtos alimentares.

O papel exagerado da publicidade, por vezes, provoca a desorientação do consumidor, incitando ao consumo indiscriminado e ao abandono dos hábitos alimentares tradicionais, especialmente nos países mediterrânicos (Bruzos e Valdemoro, 1992).

De acordo com Loureiro (2004), verifica-se uma diminuição drástica das carências alimentares em prol da abundância e diversidade de oferta de alimentos, destacando-se o aporte energético e proteico excessivos, baixo consumo de frutas e legumes, consumo insuficiente de alimentos ricos em fibras e consumo excessivo de sal e açúcares.

Outro estudo realizado em Portugal, no sentido de avaliar o comportamento alimentar dos jovens portugueses classificou os hábitos alimentares em saudável (consumo diário de fruta, vegetais e leite), pouco saudável (consumo diário de batatas fritas, hambúrgueres, cachorros quentes ou salsichas, colas e outros refrigerantes, e ausência de alimentação saudável) e misto. O estudo demonstrou que 29% da amostra tinha uma alimentação saudável, 31,8% tinha uma alimentação pouco saudável e que 49,2% tinha uma alimentação mista. Verificou-se também a associação entre comportamentos alimentares e outros comportamentos de saúde como fumar, consumir drogas e bebidas alcoólicas, bem como com sintomas físicos e psicológicos e envolvimento escolar, familiar e desempenho de atividades sedentárias (Matos *et al*, 2001).

Davy *et al* (2006) salientam também que os hábitos alimentares tendem a piorar durante a permanência no ensino superior, sendo frequente a omissão de refeições, nomeadamente o pequeno-almoço, a falta de variedade dos alimentos ingeridos, a ingestão de certo tipo de alimentos fora das refeições, especialmente alimentos de elevada densidade energética e ricos em gordura e açúcares, em substituição da refeição tradicional equilibrada. A estas mudanças junta-se a realização crescente de refeições extra-domiciliárias e o aumento da ingestão de *fast-food*.

Estes aspetos são suportados, ainda, pelo estudo de Larson *et al* (2009), que pela aplicação do *EAT project* (2009) observou que o consumo frequente de *fast-food* aumentava nos estudantes do sexo masculino, havendo também uma associação positiva entre a frequência de consumo de *snacks* e a frequência de consumo de *fast-food* no decorrer do estudo. No entanto, em termos de fatores sociais, já referidos, verifica uma associação inversa ao consumo de *fast-food* no decorrer do estudo, por efeito antagonista do apoio do grupo de pares para a adoção de uma alimentação saudável junto dos estudantes do sexo masculino e, ainda, da preocupação e auto-eficácia para uma alimentação saudável, junto dos estudantes do sexo feminino. Assim, surge a necessidade de maior número de pesquisas que identifiquem, pormenorizadamente, as tendências seculares e longitudinais da prevalência do consumo frequente de *fast-food* junto dos adolescentes e dos jovens adultos (Larson, 2009).

O estudo realizado por Matos *et al* (1996) salienta que cerca de um quinto dos jovens bebe café diariamente, mais de metade destes jovens bebe coca-cola e consome doces diariamente e não chega a metade o número de alunos que consome vegetais diariamente. Os jovens mais velhos consomem mais frequentemente doces, café e coca-cola enquanto que os mais novos são maiores consumidores de leite e de batata frita. No que diz respeito ao consumo de *hamburguers* e de cachorros quentes, os mais velhos tendem a consumir mais frequentemente com moderação (uma vez por semana), enquanto que os mais novos se dividem entre os que raramente comem estes alimentos e os que os comem todos os dias.

Os novos estilos de vida, os horários laborais e escolares desencontrados, geralmente estão associados a alterações significativas dos hábitos alimentares. Muitas vezes estas alterações condicionam o ganho de peso corporal. O excesso de peso durante a fase mais tardia da adolescência encontra-se associado ao ganho de peso na vida adulta. Os estudantes do ensino superior, são assim alvos importantes para a aplicação de estratégias de redução da prevalência de excesso de peso e obesidade na idade adulta, através da promoção de estilos de vida saudável, englobando a manutenção de um peso adequado. É neste sentido, que se torna fundamental que para além da promoção de hábitos alimentares saudáveis se promova a prática de atividade física nos estudantes do ensino superior.

Segundo a OMS (2006), a obesidade é considerada, atualmente, um problema epidemiológico que afeta praticamente todos os grupos etários das sociedades ocidentais. Contudo, este problema assume maior destaque na fase da adolescência, uma vez que representa um fator prenunciador de obesidade no adulto.

Tendo por base os dados divulgados pela OMS (2005), atualmente, em todo o mundo, cerca de mil milhões de adultos padecem de peso excessivo. De acordo com a mesma fonte (2005), se não se atuar, estes valores chegarão a mil e quinhentos milhões em 2015, já que vinte e dois milhões de crianças abaixo dos cinco anos têm atualmente peso excessivo.

A obesidade infantil e dos adolescentes, repercutir-se-á no risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e metabólicas na vida futura.

Existe, na perspetiva de Carvalho (2006), uma tendência para a obesidade ser superior nas raparigas, o que pode estar associado ao fato das raparigas terem maior disposição para o sedentarismo.

Um estudo desenvolvido Wengreen (2011) revelou que o maior aumento nas taxas de obesidade nos últimos 20 anos se verificou em pessoas entre os 18 e os 29 anos de idade, e naqueles que ingressaram no ensino superior. Grupos de pesquisa examinaram este fenómeno e a maioria verificou também alterações do peso entre os estudantes do primeiro ano deste nível de ensino.

De acordo com Matos *et al* (2001) um estudo de investigação realizado a 6903 jovens portugueses de todo o país, revelou que os jovens que praticam uma alimentação do tipo saudável tendem a optar por comportamentos congruentes com estilos de vida saudáveis, como a ausência de consumos nocivos e a prática de exercício físico, assim como tendem a manifestar maior apreço pelo seu corpo e maior envolvimento com a escola, família e pares. Refere ainda que uma alimentação do tipo não saudável aparece associada à existência de sintomas físicos e psicológicos e a atividades sedentárias.

A prática de atividade física regular constitui um fator protetor de saúde, tanto a curto como a longo prazo, devendo ser iniciada o mais precocemente possível. De acordo Roberts *et al* (2004), os estudos mais recentes realizados com jovens revelam que quando os jovens são fisicamente ativos apresentam uma alta probabilidade de optarem por estilos de vida mais saudáveis, quando comparados com jovens mais sedentários.

Do mesmo modo, os jovens fisicamente mais ativos, sentem-se, em geral, mais satisfeitos com o seu corpo e consideram que têm boa aparência física, pelo que não recorrem a dietas de emagrecimento, expressando mais frequentemente sentirem-se felizes (Matos *et al*, 2001).



Viner (2005) acrescenta que a obesidade no jovem está frequentemente associada a distúrbios psicológicos como a diminuição da auto estima, isolamento social e diminuição da participação em atividades coletivas.

Bruhn (1988) refere que apesar dos jovens serem considerados o grupo mais saudável, a nível da população global, não quer dizer que esta menor suscetibilidade para as condições negativas aliadas à saúde, não implique que os jovens não sejam por vezes confrontados com problemas de saúde, nomeadamente problemas relacionados com patologias cardiorespiratórias, obesidade e diabetes. Muitos destes problemas estão associados na opinião de Steptoe e Wardle (1996), ao seu comportamento, à sua interação com o meio envolvente e às mudanças sociais radicais às quais estes são altamente vulneráveis.

O estudo sobre os consumos e estilos de vida dos estudantes do ensino superior, realizado por Ferreira e Borrego (2012) a 3327 estudantes da Universidade de Lisboa revela que mais de metade dos estudantes afirmava que a sua alimentação é “razoavelmente boa” para a saúde (68,7%). A maioria dos estudantes referia consumir com maior frequência laticínios (86,6%), batatas, arroz e massa (83,5%) e carne (79,4%). Por sua vez, os mais jovens, os jovens do género masculino e os que vivem com a família de origem tendiam a assinalar o consumo de sopa e laticínios mais vezes. O referido estudo (2012), demonstra que o consumo de fruta é mais elevado entre os estudantes mais velhos, ou seja com idades superiores a 29 anos. No que se refere ao local privilegiado de consumo alimentar, o referido estudo demonstra que 38,7% dos estudantes preferia almoçar durante a semana em casa. A cantina tende a ser o local de eleição para os mais jovens, para os jovens do género masculino, os que estudam a tempo inteiro, os deslocados da sua área de residência e os que vivem sozinhos ou com amigos. Os estudantes mais velhos e os estudantes do género feminino referiam comer raramente em restaurantes de comida rápida.

O contexto escolar assume, assim, um papel fundamental na controlo da tendência para a obesidade, a inatividade, a segurança alimentar e as escolhas alimentares desequilibradas que são preocupantes. Este controlo pode ocorrer graças à adoção de políticas alimentares escolares que, garantam a coordenação de programas de educação alimentar, os quais sejam direcionados para os mais jovens, ambiente escolar saudável e, ainda, parcerias com a comunidade. Para Vereecken, (2005) é necessário que se criem políticas de melhoria da qualidade nutricional dos produtos alimentares disponibilizados, dentro e fora das escolas, sendo que a adoção de uma política alimentar escolar pode ter impacto nos hábitos alimentares dos jovens. Está descrito que o recurso a apenas algumas estratégias, como por exemplo, retirar alimentos pouco saudáveis disponibilizados nas escolas pode não ser suficiente para a melhoria dos comportamentos alimentares dos estudantes.

Todos os estudos e resultados descritos anteriormente apontam para a necessidade de desenvolvimento de programas para a melhoria dos hábitos alimentares na população juvenil.

O desenvolvimento de estratégias efetivas requer um conhecimento dos hábitos alimentares dos jovens e dos fatores que os influenciam, destacando-se neste âmbito o papel do enfermeiro.

### 1.5 – A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS

A enfermagem como profissão do cuidar, dirige a sua ação ao ser humano, no seu todo biológico, psicológico, social, cultural e espiritual, prestando cuidados ao indivíduo em todas as fases da sua vida e nos diferentes contextos em que se encontra. A finalidade da sua ação, inscreve-se assim no desenvolvimento das pessoas, estimulando a sua participação ativa nos cuidados de saúde, na promoção da sua saúde. Neste sentido, a intervenção do enfermeiro tem como objetivo primordial a promoção da saúde e a prevenção da doença.

O enfermeiro de saúde comunitária tem um papel fundamental no processo de capacitação dos indivíduos relativamente à melhoria e proteção da sua saúde, procurando a modificação de comportamentos do indivíduo no sentido de promover a saúde, prevenindo a doença.

Para assegurar a implementação dos Cuidados de Saúde Primários, os enfermeiros, como elementos da equipa de saúde, devem responsabilizar-se perante a comunidade pela qualidade dos serviços que prestam. Assim, têm um papel fundamental para ajudar as pessoas, famílias e comunidade a viver o máximo das suas capacidades, segundo as variações do seu estado de saúde. A abrangência da sua atuação terá que se estender aos vários níveis e setores dos cuidados: a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reintegração social.

Neste sentido, as intervenções do enfermeiro de saúde comunitária centram-se na comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis, contribuindo para prevenir a doença e as suas consequências mais incapacitantes, dando particular importância à informação de saúde, ao contexto social, económico e político e ao desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os determinantes da saúde na comunidade.

Confrontados na atualidade com as exigências cada vez maiores da sociedade, torna-se indispensável que os enfermeiros reflitam as suas práticas, como educadores na Promoção da

Saúde das pessoas, dando respostas cada vez mais eficazes em qualidade técnica, científica e relacional, traduzindo-se numa melhoria dos cuidados que prestam.

As intervenções de enfermagem próprias da área de Enfermagem Comunitária de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010) visam, sobretudo, prevenir e combater situações de risco relacionadas com cuidados de saúde primários (hábitos alimentares, hábitos de higiene, vacinação obrigatória,...), desenvolver atividades inerentes à planificação das políticas e estratégias de saúde local (que têm como objetivo a melhoria da qualidade de vida das populações) e promover estudos epidemiológicos.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, são as seguintes:

- Estabelecer com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

A abordagem do enfermeiro deve ser holística, pois só assim se conseguirão obter mudanças positivas nos estilos de vida da população, indo ao encontro da qualidade de vida.

Um dos problemas com que o enfermeiro de enfermagem comunitária e saúde pública se debate na sua prática é a adoção por parte da população no geral, e do jovem em particular, de hábitos alimentares incorretos.

Na promoção de hábitos alimentares corretos o enfermeiro especialista de enfermagem comunitária e saúde pública desempenha um papel crucial aos três níveis de prevenção.

Na sua intervenção, o enfermeiro deve ter em conta o preconizado no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 desenvolvido pelo Ministério da Saúde onde consta que a prática de estilos de vida saudáveis contribui para uma melhor saúde ao longo da vida e, a infância e adolescência são períodos privilegiados de aquisição de comportamentos saudáveis em que são definidas prioridades de saúde assentes na evidência científica, com o objetivo de auferir ganhos em saúde a médio e a longo prazo. O Sistema de Saúde assume a responsabilidade de promover, potenciar e preservar a saúde, reconhecendo o potencial individual, ao longo do ciclo de vida.

O PNS reconhece o papel determinante que o sistema educativo pode ter na promoção da saúde. A DGS (2004), enuncia indicações estratégicas, referindo que as atividades que recomenda, deverão ser orientadas para os determinantes da saúde, como a alimentação, a

atividade física. Cada profissão ou atividade, no seu contexto, tem impacto na saúde e no bem-estar individual e da comunidade em aspetos como educação, capacitação, identificação de situações críticas, acesso adequado aos serviços de saúde, segurança, devendo os profissionais de saúde cultivar uma perspetiva holística e salutogénica da saúde e valorizar o seu trabalho também pelo impacto na saúde e bem-estar. A saúde resultará de um trabalho multidisciplinar, em que cada profissão contribui com o seu saber e responsabilidade. Ao nível dos profissionais de saúde deve-se incorporar aspetos da saúde e do bem-estar dos indivíduos e das populações na missão da sua atividade profissional, numa perspetiva de agente do Sistema de Saúde, com capacidade e responsabilidade por produzir e/ou proteger a saúde.

O PNS salienta que existe uma evidência de benefício para a saúde a longo prazo através de intervenções a nível da promoção das relações parentais; da promoção de estilos de vida saudáveis; da prevenção de comportamentos de risco, abuso e violência; do apoio à saúde mental; da promoção das relações saudáveis e planeamento familiar.

As referidas intervenções devem desenvolver-se no contexto familiar, nas escolas e universidades; nos locais de trabalho; nos locais de lazer e desporto e nas instituições de acolhimento. Assim as instituições do ensino superior devem ser influenciadas e abrangidas no sentido de valorizarem a saúde escolar e a promoção da saúde, enquanto dimensão do desenvolvimento pessoal e social do jovem. Os Serviços de Ação Social das Universidades, devem ser responsáveis pela promoção da saúde e apoio médico, nomeadamente no que se refere a medicina geral, enfermagem, ginecologia, psicologia, psiquiatria. Devem ainda contemplar recomendações às Escolas (Escola Saudável), através da Plataforma Contra a Obesidade, para uma oferta alimentar saudável na cantina e bares escolares, incluindo sugestões de menus, identificação de barreiras à alimentação saudável na escola e construção de uma Política Alimentar Escolar, incluindo diagnóstico, implementação, monitorização e avaliação.

De acordo com a OMS (2006), a estratégia mundial para o regime alimentar e saúde define como indicador de resultado a regulação e implementação de legislação sobre o funcionamento das cantinas e bares escolares, no sentido de se garantir um fornecimento alimentar mais adequado e saudável dos estudantes. Para Loureiro (2004) é possível assistir atualmente a uma oferta de alimentos pouco diversificada e saudável nas cantinas e bufetes das escolas.

Uma das estratégias apontadas por Carvalho (2006) consiste em encerrar o serviço de bar escolar durante o horário de almoço, bem como não vender produtos hipercalóricos, como

batatas fritas, bolos e doces, com o intuito de levar a que os estudantes optem pelo almoço na cantina, apesar de estes, geralmente, o considerarem menos atrativo.

Os programas de educação para a saúde são um meio que conduz à mudança de comportamentos e estilos de vida. Assim, a definição de programas multidimensionais de intervenção escolar que combinem a promoção de uma dieta alimentar equilibrada com a promoção da prática de exercício físico e a redução do consumo de álcool e tabaco são medidas essenciais a ser tomadas.

A possibilidade de intervenção no contexto escolar é crucial para a promoção de conhecimentos aprofundados e de bons hábitos alimentares, atendendo a que os jovens que adotam precocemente na vida uma alimentação saudável têm mais probabilidade de a manter durante toda a vida.

Os jovens passam grande parte da sua vida nos estabelecimentos de ensino e aí realizam grande parte da sua alimentação, daí o papel que a escola pode ter na formação dos hábitos alimentares dos jovens.

As equipas de saúde escolar encontram-se numa posição privilegiada para intervir, quer a nível individual, através do aconselhamento, diagnóstico precoce e encaminhamento; quer coletivo, através de recomendações para a escola nas cantinas, bufetes e refeitórios escolares, na sensibilização dos manipuladores de alimentos e na sensibilização da comunidade educativa alargada.

De acordo com a DGS (2013), no ano lectivo de 2013-2014, a intervenção da Saúde Escolar dá continuidade, no âmbito do Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE), à execução de atividades nas áreas de saúde individual e coletiva, da inclusão escolar, do ambiente e saúde e da promoção de estilos de vida saudáveis. A organização das equipas de Saúde Escolar dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)/Unidades Locais de Saúde (ULS) é fundamental para o desenvolvimento do PNSE e para a resposta à comunidade escolar.

Assim, de acordo com a Orientação nº8/2010 da DGS, a gestão do PNSE é atribuída à Unidade de Saúde Pública a quem compete orientar e mobilizar os profissionais de saúde das diversas unidades funcionais, em torno de respostas céleres e colaborativas com os Agrupamentos de Escolas e Escolas não Agrupadas no desempenho do projeto de promoção e educação para a saúde em meio escolar.

Privilegiar os projetos de promoção da saúde em meio escolar contribui para a promoção da saúde mental e a melhoria dos determinantes da saúde, como a prevenção do início do consumo de tabaco e álcool, a educação sexual em meio escolar, o aumento do consumo de frutas e vegetais, o aumento da prática da atividade física, a promoção da mobilidade segura e a promoção de boas práticas em saúde oral, bem como contribui para os

ganhos em saúde e a redução dos problemas de saúde com maior impacto na mortalidade e morbidade dos jovens, como a obesidade.

A escola enquanto espaço coletivo de aprendizagem e de promoção de bem-estar, é essencial para a promoção da equidade. A intervenção da equipa de saúde escolar nas instituições de ensino traduz um aumento de literacia em saúde e utilização apropriada dos serviços de saúde. A promoção de saúde na escola deve contribuir para melhorar a literacia em saúde, o que implica a aquisição de conhecimentos, de competências sendo que as práticas tem que se refletir em modificações dos estilos de vida.

É fundamental articular programas, projetos e intervenções que promovam a saúde e a cidadania, para a responsabilização dos indivíduos no que diz respeito aos estilos de vida saudáveis.

A DGS (2006) – Divisão de Saúde Escolar (DGS-DSE), por considerar que as ações dirigidas a crianças e jovens, centradas numa intervenção personalizada do tipo medicina familiar, não são, por si só, suficientes em termos de promoção e educação para a saúde, desenvolveu o Programa Tipo, apelando na sua introdução à adoção de estilos de vida saudáveis devendo a promoção destes ser feita pela escola, englobando atividades dirigidas ao indivíduo, ao grupo e ao ambiente. Nas estratégias dirigidas ao grupo, a Saúde Escolar deve assumir um conjunto de atividades, nomeadamente:

- Dar apoio à escola, ao desenvolvimento de diversos temas relacionados com a saúde, nomeadamente hábitos alimentares, prática desportiva, higiene, segurança, consumos nocivos, sexualidade;
- Promoção da educação alimentar e da higiene oral;
- Constituir uma parceria dos serviços de saúde com os professores, os alunos, os pais e outras instituições da comunidade, para o desenvolvimento desses temas curriculares;
- Promoção de debates em grupo, com e entre alunos, profissionais da escola e/ou pais, sobre problemas que lhes digam coletivamente respeito e participar ativamente nas discussões tentando, sempre que possível, focalizar a atenção nas potencialidades da promoção da saúde.

Em Portugal, existem vários programas e projetos implementados que visam a promoção da saúde, nomeadamente a promoção de uma alimentação saudável.

De acordo com a DGS (2012), o Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) tem como finalidade melhorar o estado nutricional da população, incentivando a disponibilidade física e económica dos alimentos constituintes de um padrão

alimentar saudável e criar as condições para que a população os valorize, aprecie e consuma, integrando-os nas suas rotinas diárias. Um consumo alimentar adequado promove uma melhoria do estado nutricional dos cidadãos, o que contribui para a prevenção e controlo das doenças cardiovasculares, oncológicas, diabetes e obesidade.

A estratégia passa por disponibilizar alimentos promotores da saúde e bem-estar a toda a população, com o intuito de que os indivíduos sejam capazes de tomar decisões informadas acerca dos alimentos, nomeadamente o que se refere às práticas culinárias saudáveis. Sublinha ainda que este programa deve incentivar a produção de alimentos que sejam saudáveis promovendo a utilização de métodos de produção locais que reduzam os impactos sobre o meio ambiente, reduzindo as desigualdades na procura e acesso a alimentos e ao mesmo tempo dinamizando o emprego, o ordenamento equilibrado do território e as economias locais. Este programa considera particularmente relevante a colaboração das estruturas regionais e locais de saúde na operacionalização e supervisão das diferentes estratégias e ainda a articulação com instituições de ensino e autarquias (DGS, 2012). Neste sentido Rodrigues *et al* (2005) salienta que compete ao enfermeiro desenvolver parcerias com os indivíduos, identificar situações de saúde ajudando as pessoas a criar estilos de vida saudáveis na formação, experiência e competência diferenciada em diversas dimensões dos cuidados de saúde. Neste âmbito salientam-se ainda outros programas e projetos desenvolvidos em Portugal, nomeadamente o Programa de Alimentação em Saúde Escolar (PASSE), o Programa Escolar de Reforço Alimentar (PERA), o Programa 100%, o Programa FOOD (*Fighting Obesity through Offer and Demand*) - Luta contra a Obesidade através da Oferta e da Procura), o Programa “5 ao dia”, o Projeto “Ativa-te”, o Projeto “Bejactiva”, o Regime de fruta escolar e as orientações para os Bufetes escolares.

### **1.5.1 – A Importância da educação alimentar**

Para Martins (2002), os programas de educação para a saúde, são veículos que conduzem à mudança de comportamentos de estilos de vida, por isso deve-se ter atenção às características dos indivíduos para que estas alterações não sejam encaradas como obrigações.

No pressuposto de que uma boa alimentação é muito importante, em todas as fases do ciclo de vida da pessoa e que o ensino das Ciências deve contribuir para formar cidadãos ativos, participativos e conscientes das suas decisões, relativamente a diversos assuntos, entre os quais se encontram os relacionados com questões de saúde, surge a importância da Educação Alimentar. De acordo com Contento (1995), a Educação Alimentar é um conjunto

de experiências de aprendizagem destinadas a facilitar a adoção voluntária de comer e ter outros comportamentos relativos à alimentação conducentes à saúde e bem-estar.

Fernandes (2007) refere que, a Educação alimentar tem como finalidade, atender às necessidades nutricionais, de acordo com a faixa etária, deve prevenir determinadas patologias, criar hábitos alimentares mais saudáveis, garantir satisfação individual e social, bem como melhorar a qualidade de vida e permitir a ingestão de todos os alimentos na quantidade adequada, de acordo com os gostos e as preferências de cada um.

A educação alimentar inicia-se e prolonga-se pela vida no seio da família, mas a escola é sem dúvida um local privilegiado para a desenvolver e como tal não deve ser desperdiçada a oportunidade de a incrementar e adaptar a todos os níveis de ensino de forma a dar o seu contributo para a saúde.

De acordo com Precioso (2009), o campo de atuação da Educação para a Promoção da Saúde é toda a comunidade e qualquer pessoa; seja qual for a sua idade, sexo, condição económica, deve beneficiar dela. A escola torna-se um local privilegiado para a promoção de comportamentos saudáveis a todos os que passam pelo sistema de ensino.

Em 1999, a OMS, definiu metas de saúde para os próximos anos, tendo destacado a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis numa abordagem privilegiada em ambiente escolar. Para Bonito (2008) a escola, por seu lado, representa uma das melhores instituições jamais inventada pelo ser humano, para promover a educação e também a saúde.

A Promoção da Saúde em meio escolar ambiciona constituir-se como uma aprendizagem para a autonomia, ou seja uma aprendizagem para fazer opções conscientes e livres. Proteger a saúde é da competência de cada um, mas para tal é essencial que as pessoas estejam esclarecidas de modo a poderem fazer escolhas conscientes em relação aos estilos de vida que perfilham, aos comportamentos e atitudes que adotam na relação com os outros e com o próprio meio ambiente, tornando-as mais responsáveis pelo próprio desenvolvimento da sociedade.

Precioso (2009) explicita que uma Escola Promotora de Saúde pode ser caracterizada por promover estilos de vida, de aprendizagem e de trabalho propícios ao desenvolvimento da saúde. A sua grande finalidade é a de contribuir para o desenvolvimento da educação e da saúde de toda a comunidade educativa em todas as suas dimensões. Deste modo todos devemos assumir a responsabilidade de sermos fonte de educação para a saúde no sentido de construir uma área com todos e para todos, destacando-se o importante papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

A família e a escola, vertentes da vida dos indivíduos, assumem portanto um papel inquestionável na promoção dos comportamentos alimentares. É, pois muito importante



envolver toda a família na educação alimentar promovida pela escola, complementando assim os seus papéis. Deste modo, a escola poderá prevenir problemas de saúde, devendo aproveitar para tal, todas as oportunidades de fomentar a todos os que passam pelo sistema de ensino, um estilo de vida saudável.

A alimentação que praticamos parece ser o resultado de um processo de aprendizagem contínuo que se estabelece desde o nascimento. Assim, as influências educativas onde progressivamente se vão adquirindo gostos e paladares iniciam-se no seio da família onde estamos inseridos, que vão determinar todo um processo de socialização alimentar.

De facto, a família, segundo Loureiro (1999), dada a sua função de agente de socialização primária, é a principal influência das opções alimentares dos indivíduos. É a família que, assegurando a alimentação do jovem, constituindo modelos para o comportamento, transmite conhecimentos, desenvolve atitudes, práticas e preferências alimentares que vão condicionar os seus hábitos futuros.

É consensual que a Educação Alimentar se inicia no meio familiar, e que se deve realizar em diversos âmbitos (locais de trabalho, associações cívicas, centros de saúde, etc.), mas é segundo Precioso (2000) sem dúvida, a escola o local privilegiado para a desenvolver com eficácia, pelos seguintes motivos:

- A escola acolhe a quase totalidade da população infantil durante um largo período de tempo, pelo que dificilmente se encontraria um local alternativo para atingir todos os futuros cidadãos;
- É também na escola que se encontram profissionais qualificados para abordar temas de nutrição e alimentação e que com facilidade podem aproveitar as inúmeras oportunidades que a escolarização oferece para fomentar a educação alimentar;
- Na escola podem ensinar-se os estudantes a resistir a pressões sociais insalubres;
- A escola é ainda, pelas próprias condições que dispõe – existência de infra-estruturas educativas orientadas por profissionais de educação, com a possibilidade do processo ser desenvolvido ao longo de um espaço temporal suficientemente longo, que é importante nas questões da promoção da alimentação saudável – um local de eleição para a educação alimentar.

Na opinião de Saylor *et al* (s/d.), citado em Loureiro (1999), as escolas parecem deter uma posição única para influenciar a alimentação.

De entre as vantagens da utilização das escolas para o desenvolvimento de programas de educação alimentar contam-se o apoio administrativo, a presença de pares e um ambiente em que a atenção e a aprendizagem são a regra. Em complemento, os familiares e vários grupos e organizações da comunidade podem ser facilmente integrados.

Millstein (1993) defende que as escolas podem ser verdadeiros ambientes promotores de saúde, servindo-se para isso de um conjunto de estratégias, que vão desde a oferta de serviços de saúde até à elaboração de um plano de atividades que valorizem os estilos de vida saudáveis.

A Educação alimentar na escola tem como grande meta promover a aquisição de conhecimentos, desenvolver atitudes e hábitos saudáveis nos alunos para que favoreçam o seu crescimento, desenvolvimento, bem-estar e ajudem à prevenção de doenças evitáveis na sua idade. Para além disso deve tentar responsabilizá-los pela sua própria saúde e prepará-los para que ao sair da escola e incorporar-se na comunidade, adotem um regime, um estilo de vida o mais saudável possível.

Segundo Calado (1998), a investigação em nutrição/alimentação, sob o ponto de vista de saúde pública, afigura-se cada vez mais importante e deve ter em vista, concretamente, o aumento dos conhecimentos sobre os alimentos que são necessários, as quantidades e combinações que podem contribuir de forma mais valiosa para a saúde da população, as atitudes que são demonstradas face à alimentação e os fatores que possam condicioná-las. O mesmo investigador refere-se à importância do domínio de conhecimentos para que identifiquemos os alimentos que se relacionam com a saúde e a atitude que se pode ter quanto a vários aspetos relacionados com os alimentos e com a alimentação em geral, para possibilitar a definição de estratégias conducentes a uma alimentação mais saudável e também à avaliação do desenvolvimento dessas mesmas estratégias.

Precioso e Santos (2012) salientam que, o grupo de pares parece funcionar com suprema importância nos processos de tomada de decisão dos adolescentes em relação à sua educação alimentar. É por esta razão que se tem verificado uma crescente atenção conferida, nos programas de educação e promoção para a saúde, à chamada “educação por pares”. Trata-se de um enfoque educativo recente em que são utilizadas as pressões do grupo e dos seus líderes no sentido de modificar o comportamento dos alunos no sentido positivo. Esta é uma abordagem que prevê o envolvimento ativo e participativo de um grupo particular de jovens, formado para o efeito, e detentor de um determinado perfil, como principais atores na dinamização de estratégias de intervenção neste âmbito.

A educação alimentar assume-se assim como uma ótima estratégia na promoção de hábitos alimentares saudáveis junto dos jovens que frequentam o ensino superior onde o enfermeiro especialista de enfermagem comunitária pode conduzir todo este processo.

Contextualizada a temática da alimentação e tendo em conta a importância de uma alimentação saudável ao longo do ciclo vital e especificamente no jovem que frequenta o ensino superior, considera-se relevante o estudo dos hábitos alimentares neste grupo, passando-se de seguida ao estudo empírico.

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

# 1 - METODOLOGIA

Todo o processo de investigação necessita de uma metodologia, uma ordenação da execução das diversas actividades que consiste na descrição e explicação dos métodos a utilizar. A escolha dos diferentes métodos depende não só da decisão do investigador e do seu conhecimento acerca dos métodos, mas também da área de estudo do trabalho de investigação.

A investigação científica é, de entre os métodos de aquisição de conhecimentos, o mais rigoroso e aceitável, uma vez que envolve um processo racional.

Segundo Fortin (2009, p.4) “a investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para as questões precisas”(…)“consiste em descrever, em explicar, em prever e em verificar fatos, acontecimentos ou fenómenos”.

Na perspetiva da mesma autora (2009, p.53), “ a fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação”. É portanto no decurso da fase metodológica que o investigador determina a maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar hipóteses.

Através da metodologia torna-se possível estudar, descrever e explicar os métodos que se vão aplicar ao longo do trabalho, com o objetivo de sistematizar os procedimentos adotados durante as diferentes etapas, com o intuito de garantir a validade e a fidelidade dos resultados.

Neste contexto, no presente capítulo aborda-se o problema de investigação, os objetivos e o desenho do estudo, as variáveis e sua operacionalização, a população/amostra e os instrumentos de colheita de dados, bem como, os procedimentos formais e éticos, o pré-teste e o tratamento estatístico de dados.

## 1.1 – FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Para Fortin (2009, p.66), “o ponto de partida da investigação é uma situação que suscita interrogações, um mal-estar ou uma inquietação que pede explicação ou pelo menos uma melhor compreensão”.

Na ótica de Fortin (2009), a etapa inicial do processo de investigação consiste em encontrar um domínio de investigação que interesse ou preocupe o investigador e se revista de importância para a disciplina.

Definir o problema de investigação torna-se fundamental, já que é após a definição deste, que o processo de investigação se desenvolve, fornecendo conhecimentos úteis à compreensão e aperfeiçoamento da situação problemática.

Fortin (2009) refere que a formulação de um problema de investigação consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos, e de factos, relativos ao estudo que deseja empreender.

A saúde, segundo OMS (2003), não se confina unicamente à ausência de doença ou lesão, devendo, de igual modo, considerar-se o bem-estar do indivíduo, isto é, o seu bem-estar físico e psíquico, contribuindo-se, desta forma, para o bem-estar social e económico. Para que exista um estado de completo bem-estar físico, mental e social contribuem vários fatores, tais como: o sistema de assistência médica, a biologia humana, os fatores do meio ambiente e o estilo de vida, sendo este último fator o mais decisivo no nível de saúde das populações. Entre os vários comportamentos inadequados, encontra-se a alimentação desregrada. Nesta medida torna-se extremamente importante conhecer os hábitos alimentares dos jovens, uma vez que, é precisamente nesta fase de vida que se estabelecem os hábitos alimentares, os quais vão acompanhar o indivíduo ao longo da sua vida.

Os hábitos alimentares adquirem-se desde cedo e influenciam significativamente o estado de saúde dos indivíduos ao longo do tempo.

Nevin- Folino (2003) sublinha que, durante a passagem em que o adolescente deixa de ser criança para se transformar num indivíduo adulto, ele torna-se cada vez mais independente e autónomo nas decisões que toma e vai desenvolvendo o seu próprio sistema de valores. Este é o momento em que os mais jovens adquirem novas capacidades e são confrontados com inúmeras situações novas no que respeita a hábitos alimentares. A sua dependência cada vez menor dos pais faz com que o jovem disponha de mais oportunidades para a seleção de alimentos e bebidas, incluindo os ingeridos fora de casa, facto que é favorecido pela maior disponibilidade de dinheiro com o aumento da idade.

A entrada no ensino superior é uma etapa importante na vida dos jovens adultos, em que ocorre geralmente um aumento das suas responsabilidades a nível das escolhas alimentares e de estilo de vida e, simultaneamente, em que se deparam com a sua falta de experiência na compra, preparação e gestão das refeições.

De acordo com Davy *et al* (2006), os hábitos alimentares tendem a piorar durante a permanência no ensino superior, sendo frequente a omissão de refeições, nomeadamente o

pequeno-almoço e a falta de variedade dos alimentos ingeridos. Às mudanças anteriormente referidas junta-se a realização de refeições fora de casa e o aumento da ingestão de *fast-food*.

Além disso, a maior autonomia no consumo alimentar fora de casa, as preocupações acerca da aparência física e do peso corporal, a necessidade de aceitação pelos pares e os horários acadêmicos preenchidos também detêm um efeito decisivo na seleção dos alimentos a consumir.

Sabendo-se que estilos de vida inadequados, como os hábitos alimentares errados, prejudicam a saúde, urge refletir e educar os jovens, surgindo, neste sentido a seguinte questão de investigação: **“Quais os hábitos alimentares dos estudantes do ensino superior e quais os fatores que interferem nos mesmos?”**

## 1.2 – OBJETIVOS

Segundo Fortin (2009) o objetivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão.

Fortin (2009) refere ainda que, o objetivo especifica as variáveis chave, a população alvo e o contexto do estudo, indicando o tipo de investigação a empreender. O objetivo do estudo é também afetado pela natureza da investigação, que visa, seja o desenvolvimento, seja a verificação da teoria.

Neste sentido, os objetivos desta investigação são:

- Avaliar os hábitos alimentares dos estudantes do ensino superior;
- Identificar e analisar os fatores determinantes dos hábitos alimentares dos estudantes do ensino superior;
- Equacionar algumas medidas de intervenção que visem melhorar os hábitos alimentares dos estudantes do ensino superior, mediante os resultados encontrados.

## 1.3 – DESENHO DO ESTUDO

O tipo de investigação é determinado pelo nível de conhecimentos no domínio em estudo.

No caso de existir uma pequena quantidade de conhecimentos acerca do fenómeno em estudo, a investigação estará orientada para a descrição de um conceito ou fator.

Para Fortin (2009) o tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação, tende a descrever variáveis ou grupos de sujeitos, a explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade.

A mesma autora acrescenta que o desenho de investigação visa obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas, tendo também como objetivo o controlo das potenciais fontes de enviesamento que podem influenciar os resultados do estudo.

Fortin (2009), afirma que o desenho é também um conjunto de diretivas associadas ao tipo de estudo escolhido. O desenho de investigação precisa a forma de colher e de analisar os dados para assegurar um controlo sobre as variáveis em estudo.

No que diz respeito ao tipo de estudo considera-se que esta investigação se enquadra no tipo não experimental, uma vez que não se pretende determinar relações de causa-efeito, mas sim, a exploração e descrição do fenómeno em si. Dentro das várias categorias que reúne o estudo do tipo não experimental, este enquadra-se no tipo descritivo-correlacional, na medida em que se pretende descrever as relações existentes sem tentar compreender de maneira cabal, as vias causais complexas que existem ou seja, não há possibilidade de manipulação experimental nem distribuição aleatória dos grupos.

Segundo Fortin (2009, p.244) o estudo descritivo-correlacional tem por “objetivo explorar relações entre as variáveis e descrevê-las.”

Fortin (2009) considera que a vantagem do estudo descritivo-correlacional é que ele permite, no decorrer de um mesmo processo, considerar simultaneamente várias variáveis com vista a explorar as suas relações mútuas. Segundo o mesmo autor, permite ainda descrever as relações que foram detetadas entre as variáveis.

Não havendo um período de seguimento dos indivíduos, esta investigação decorreu num único momento, considerando-se o estudo transversal. Considera-se ainda de carácter quantitativo pois, procura a explicação de fenómenos dando especial realce a uma componente numérica.



## 1.4 – VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Fortin (2009) refere que as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável é um parâmetro ao qual atribuímos valores numéricos.

As variáveis podem ser classificadas segundo o papel que exercem numa investigação. Deste modo, as variáveis podem ser independentes, dependentes, de investigação, atributos e estranhas.

A variável dependente é para Fortin (2009, p.171), (...) a que sofre o efeito da variável independente”, sendo “(...) o resultado predito pelo investigador”. A variável dependente segundo o mesmo autor (2009) é aquela que sofre o efeito esperado da variável independente, ou seja, é todo o comportamento, resposta ou resultado observado que se deve à presença da variável independente.

No que respeita à variável dependente deste estudo são os ”Hábitos alimentares dos estudantes do ensino superior”, avaliados através da aplicação da Escala de Hábitos Alimentares (EHA) validada para a população portuguesa por Marques *et al* (2011).

Na perspetiva de Fortin (2009), a variável independente consiste no elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre a variável dependente.

As variáveis independentes deste estudo são as variáveis de caracterização sociodemográfica (idade, género, estado ponderal, estado civil, mudança de residência para frequentar o ensino superior, distrito de origem, proveniência de meio rural ou urbano, co-habitação no local onde frequenta o ensino superior), variáveis de caracterização académica (escola que frequenta, curso que frequenta e ano do curso, número de matrículas no curso, local onde realiza as refeições), nível socioeconómico, prática de exercício físico/desporto e a satisfação com a imagem corporal.

## 1.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostragem é segundo Fortin (2009, p.310), “ um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma proporção da população (amostra), é escolhido de maneira a representar uma população inteira.

Para Fortin (2009), a população define-se como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns.

Ainda segundo Fortin (2009, p.310), a população alvo é “constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente, para os quais um investigador deseja fazer generalizações.” Esta população nem sempre é de fácil acesso ao investigador, pelo que se recorre à população acessível, que para Fortin (2009, p.310), “deve ser representativa da população alvo, é constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador.”

De acordo com a mesma autora (2009), com o intuito de reduzir o erro de amostragem, utilizam-se dois métodos de amostragem: a amostragem probabilística e a amostragem não-probabilística, em que a amostragem probabilística consiste em seleccionar de forma aleatória o número de indivíduos requeridos para a amostra e a amostragem não-probabilística consiste em tomar uma amostra na qual se encontram características conhecidas na população.

A população alvo seleccionada é constituída pelos estudantes do Ensino Superior. De acordo com a Direcção Geral de Estatística da Educação e Ciência (2014) no ano letivo 2012-2013, estavam inscritos no ensino superior 378453 estudantes, dos quais 371000 correspondiam a estudantes inscritos em Cursos do Ensino Superior e 7453 a estudantes inscritos em Cursos de Especialização Tecnológica (CET's). Dos estudantes inscritos em cursos do Ensino Superior 173745 correspondiam a estudantes do género masculino e 197255 a estudantes do género feminino. Dos estudantes inscritos nos CET's, 4889 correspondam a estudantes do género masculino e 2564 a estudantes do género feminino.

Tendo em conta o supracitado, no presente estudo foi utilizado o método de amostragem não-probabilística, através da amostragem por acessibilidade, uma vez que foi seleccionada uma instituição do ensino superior da área de residência da investigadora.

A população acessível incidiu sobre os estudantes que frequentam os cursos do Instituto Politécnico da Guarda (IPG). O IPG apresenta um total de 2919 estudantes, distribuídos pelas quatro escolas, nomeadamente Escola Superior de Educação, Comunicação e Desporto, Escola Superior de Saúde, Escola Superior de Tecnologia e Gestão e Escola Superior de Turismo e Hotelaria. Do total de alunos, 2573 correspondem a estudantes inscritos em Cursos do Ensino Superior e 346 a alunos inscritos nos CET's. Dos estudantes inscritos em Cursos do Ensino Superior 1205 correspondem a estudantes do género masculino e 1368 a estudantes do género feminino. Dos estudantes inscritos no CET's 191 correspondem a estudantes do género masculino e 155 a estudantes do género feminino.

## 1.6 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Constituem aspetos importantes do processo de investigação na ótica de Fortin (2009), as definições operacionais das variáveis e a escolha do método apropriado para recolher informação junto dos participantes.

Fortin (2009, p.369) acrescenta que “no momento de escolha do método de colheita de dados, é preciso procurar um instrumento de medida que esteja em concordância com as definições concetuais das variáveis que fazem parte do quadro concetual ou teórico”.

O método de colheita de dados escolhido para este estudo foi o questionário, uma vez que, este de acordo com Fortin (2009) tem por objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões.

O questionário desenvolvido para o presente estudo (APÊNDICE I), encontra-se dividido em três partes, a primeira diz respeito à caracterização sociodemográfica, académica e económica dos indivíduos, a segunda à Escala de Hábitos Alimentares (EHA) e a última parte diz respeito ao Questionário de Imagem Corporal (QIC).

A primeira parte do questionário é constituída por 19 questões de resposta fechada, agrupadas da seguinte forma:

- Variáveis relativas à caracterização sociodemográfica (questões 1 a 9): idade, género, peso, altura, estado civil, mudança de residência para frequentar o ensino superior, distrito de origem, proveniência de meio rural ou urbano relativamente ao distrito de origem, co-habitação no local onde frequenta o ensino superior;
- Variáveis relativas à caracterização académica (questões 10 a 14): escola que frequenta, ano do curso, curso que frequenta, número de matrículas no curso, local onde realiza as refeições;
- Variáveis relativas ao nível socioeconómico (questões 16 a 19): rendimento mensal do agregado familiar, número de adultos do agregado familiar, número de crianças do agregado familiar, atribuição de bolsa de estudo.
- Variável relativa à prática de exercício físico/desporto (questão 15): frequência da prática de exercício físico/desporto.

Para determinar o estado ponderal procedeu-se ao cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) através da aplicação da fórmula peso/altura<sup>2</sup> sendo as unidades expressas em kg/m<sup>2</sup> e posteriormente categorizado atendendo às recomendações da OMS (2013).

Assim no que se refere ao estado ponderal considerou-se:

- Baixo peso (IMC<18.5);
- Peso Normal (18.5<IMC<24.5);
- Excesso de Peso (25.0<IMC<29.9);
- Obesidade Grau I (30.0<IMC<34.9);
- Obesidade Grau II (35.0<IMC<39.9);
- Obesidade Grau III (IMC>40.0).

Relativamente ao nível socioeconómico, utilizou-se a Escala de Equivalência Modificada (EEM) da OCDE. Esta é a medida usada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) para o tratamento de dados relativos ao rendimento já utilizados em diversos estudos (INE, 2008).

Para o cálculo do rendimento EEM-OCDE foi necessário o número de indivíduos do agregado familiar (número de adultos e número de crianças do agregado familiar) e o rendimento mensal, sendo usada a fórmula: Rendimento (EEM-OCDE) = Rendimento Mensal do agregado familiar/1+ 0,5x + 0,3y em que o primeiro adulto tem a ponderação de 1, x é o número de adultos restantes e tem a ponderação de 0.5 e cada criança (y) com menos de 14 anos tem a ponderação de 0.3.

Em relação à Escala de Hábitos Alimentares (ANEXO I) que consta na segunda parte do questionário, é constituída por 40 itens, avaliados por uma escala tipo *Likert* de ordem intervalar. No que se refere a cada item, são apresentadas cinco alternativas possíveis 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). Quanto mais elevada for a pontuação média de todos os itens, mais adequados serão os hábitos alimentares.

O Questionário de Imagem Corporal (ANEXO II) faz parte da terceira parte do questionário. Este contém 20 itens, com o principal objetivo de avaliar a imagem corporal. Os indivíduos têm que responder aos respetivos itens, escolhendo uma das três possibilidades de resposta (concordo, indeciso e discordo). Dez dos 20 itens, são de natureza positiva, enquanto que os outros 10 itens são de natureza negativa. Os parâmetros que dizem respeito a aspetos positivos são cotados com 3 pontos, se o sujeito concorda; 2 pontos se o sujeito está indeciso

e, 1 ponto, se o sujeito discorda. Parâmetros que indiquem sentimento negativos são cotados com 3 pontos, se o sujeito concorda; 2 pontos se o sujeito está indeciso e, 1 ponto, se o sujeito discorda. Um máximo de 60 pontos reflete uma imagem corporal favorável; um mínimo de 20 pontos reflete uma imagem corporal desfavorável.

### **Consistência interna da Escala de Hábitos Alimentares e Questionário de Imagem Corporal**

A fiabilidade das escalas utilizadas no estudo (EHA e QIC) foi efetuada através do cálculo da respetiva consistência interna no global e em cada uma das dimensões, ou seja, avaliou-se a homogeneidade dos itens que constituem cada uma das situações. Deste modo, quanto maior é a consistência interna do instrumento, mais os enunciados dos itens estão relacionados e mais elevada é a sua homogeneidade. Para tal, procedeu-se à determinação do coeficiente *alfa de Cronbach*, cujos valores podem variar entre 0 e 1. Valores mais elevados, ou seja, mais próximos de 1 são interpretados como reveladores de maior consistência interna.

Este procedimento estatístico é indicado para escalas do tipo *Likert* e, de acordo com a maioria dos autores, designadamente Nunnally (1978) citado por Maroco *et al* (2006), os quais afirmam que resultados iguais ou superiores a 0,70 revelam uma boa consistência interna. Por sua vez, DeVellis (1991) citado por Maroco *et al* (2006) consideram, que são aceitáveis valores iguais ou superiores a 0.60, principalmente quando é reduzido o número de itens envolvidos.

Como se pode constatar (quadro 1) na EHA obtiveram-se valores mais elevados nas várias dimensões que os observados por Marques *et al* (2011) pelo que podemos concluir que a escala, aplicada à amostra em estudo, melhorou as suas propriedades psicométricas.

Quadro 1. Consistência interna da Escala de Hábitos Alimentares

<b>Variável</b>	<b>Nº de itens</b>	<b>Alfa no presente estudo</b>	<b>Alfa no estudo de Marques <i>et al</i> (2011)</b>
EHA – Quantidade alimentar	7	0.661	0.500
EHA – Qualidade alimentar	14	0.775	0.716
EHA – Variedade alimentar	8	0.700	0.658
EHA – Adequação alimentar	11	0.743	0.619
EHA – Global	40	0.802	0.816

Relativamente ao QIC, como se pode observar no quadro 2 no presente estudo obteve-se um valor semelhante ao estudo de Senra *et al* (2006), o que permite afirmar que foram mantidas as propriedades psicométricas quando aplicado à amostra do presente estudo.

Quadro 2. Consistência interna do Questionário de Imagem Corporal

Variável	Nº de itens	Alfa no presente estudo	Alfa no estudo de Senra <i>et al</i> (2006)
QIC	20	0.745	0.735

Assim, conclui-se que ambos os instrumentos apresentam boa consistência interna pelo que se pode considerar que, no presente estudo, evidenciaram boa fiabilidade.

## 1.7 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Uma vez que a investigação é efetuada junto de seres humanos, torna-se necessário a proteção dos seus direitos e liberdades, levantando assim, questões morais e éticas.

Segundo Fortin (2009, p. 180), “quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa”.

Com vista ao cumprimento dos procedimentos formais e éticos, foi elaborado um pedido de autorização ao Senhor Presidente do Instituto Politécnico da Guarda via e-mail, (APÊNDICE III) para aplicação de um questionário, em formato *on-line*, aos estudantes desta instituição, o qual teve parecer positivo (ANEXO III).

É de salientar que a participação dos estudantes envolvidos no estudo foi voluntária, sendo que todos eram adultos, tendo sido informados acerca dos objetivos do estudo, o que constava na parte introdutória do questionário.

### Pré-teste

O pré-teste tem como principal objetivo testar o instrumento de colheita de dados.

Para Fortin (2009), o pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas.

Tendo em conta todos estes aspetos, foi realizado um pré-teste, com a finalidade de verificar se as questões foram bem formuladas, ordenadas e compreendidas por parte dos

inquiridos, qual o tempo necessário para o preenchimento, permitindo fazer as correções que forem necessárias.

O pré-teste foi realizado no dia 30 de Abril de 2013, aplicando-se os instrumentos de colheita de dados em formato de papel, a 16 estudantes que frequentam o IPG demorando, em média, 20 minutos a ser preenchido.

Depois de ser aplicado o pré-teste, os inquiridos foram abordados de modo a verificar se existiram algumas dúvidas sobre o preenchimento do questionário. Não tendo havido necessidade de efetuar alterações, os questionários realizados aquando do pré-teste foram incluídos no estudo.

Após a aplicação do pré-teste foi solicitado ao setor de informática do Instituto Politécnico da Guarda, que colocasse o questionário *on-line* para os endereços eletrónicos dos estudantes da referida instituição, para que pudessem proceder ao preenchimento do mesmo.

A recolha de dados iniciou-se no dia 30 de Abril de 2013 e terminou no dia 30 de Junho de 2013 perfazendo um total de 168 inquiridos.

## 1.8 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO

De modo a organizar e sistematizar a informação contida nos questionários bem como, obter resultados descritivos e inferenciais recorreu-se ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 21.0 de 2013.

Foram utilizadas no presente estudo técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial, designadamente apresentação em quadros de frequências (absolutas e percentuais), medidas de tendência central (média aritmética e mediana), medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão) e, ainda, os coeficientes *alfa de Cronbach* e correlação de *Spearman*. No presente estudo, foram também aplicados os testes estatísticos de comparação de médias U de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* e da significância do coeficiente de *Spearman*. O teste *Kolmogorov-Smirnov* foi o teste aplicado para testar a normalidade da distribuição de frequências das variáveis em estudo.

No que concerne à escolha dos testes atendeu-se às recomendações apresentadas por Maroco (2007) e Pestana e Gageiro (2005) bem como às características das variáveis em estudo. Deste modo, neste estudo optou-se pela utilização de testes não paramétricos, uma vez que as variáveis principais do estudo (hábitos alimentares e imagem corporal) apresentavam distribuições de frequências não normais.

Foi fixado o valor 0.050 como limite de significância em todos testes, o que quer dizer que a hipótese nula foi rejeitada quando a probabilidade do erro tipo I era inferior àquele valor, ou seja, quando,  $p < 0.050$ .



## **2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS/RESULTADOS**

Seguidamente procede-se à apresentação dos dados e resultados com o objetivo de organizar e sistematizar a informação neles contida. Para tal, organizou-se os dados em quadros, nos quais estão incluídos os resultados das medidas descritivas mais relevantes.

No presente capítulo realiza-se primeiramente a análise na perspetiva descritiva e, de seguida, efetua-se a análise dos resultados das técnicas da estatística inferencial aplicadas para estudar as associações existentes entre os hábitos alimentares e as restantes variáveis do presente estudo.

### **Caraterísticas Sociodemográficas**

A análise do quadro 3 permite constatar que os estudantes que constituíam a amostra em estudo apresentavam idades entre 18 e 49 anos, sendo a média  $24.40 \pm 6.86$  anos.

A maioria dos inquiridos, concretamente 55.3%, pertencia ao grupo etário dos 20 aos 25 anos, seguidos de 17.3% que tinham menos de 20 anos. Verifica-se, ainda, que cerca metade dos elementos da amostra tinham até 22.00 anos (idade mediana) e a distribuição de frequências afastou-se significativamente de uma distribuição normal ou gaussiana ( $p = 0.000$ ). No que se refere à idade, os dados obtidos no presente estudo vão de encontro à idade normal dos estudantes do Ensino Superior em Portugal.

No que respeita ao género, verifica-se que a maioria dos estudantes pertencia ao género feminino, representando 63.7% dos estudantes inquiridos. Estes dados são corroborados pela Direção Geral de Estatística da Educação e Ciência (2014) a qual refere que no ano letivo 2012-2013, estavam inscritos no Ensino Superior 378453 estudantes, sendo que 197255 correspondiam a estudantes do género feminino e 173745 correspondiam a estudantes do género masculino o que demonstra que existe uma maior percentagem de estudantes do género feminino a frequentar o Ensino Superior.

Através do cálculo do IMC foi possível determinar o estado ponderal dos estudantes em estudo. Assim, observa-se que três em cada quatro indivíduos (75.0%) apresentaram índice de massa corporal que permitiu classificá-los como apresentando peso normal. É de referir que 15,5% dos estudantes inquiridos apresentava excesso de peso e 7,1% apresentam valores de IMC que correspondem a um estado ponderal de Obesidade Grau I, valores

superiores aos dados da Eurotrials (2006) que refere que 13% dos jovens portugueses apresentam excesso de peso e 3% apresentam obesidade. Estes dados são também corroborados por um estudo desenvolvido Wengreen (2011) o qual revelou que o maior aumento nas taxas de obesidade nos últimos 20 anos se verificou em pessoas entre os 18 e os 29 anos de idade e naqueles que ingressaram no ensino superior. Os estudantes do ensino superior, são assim alvos importantes para a aplicação de estratégias de redução da prevalência de excesso de peso e obesidade na idade adulta, através da promoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente a prática de uma alimentação saudável e de exercício físico/desporto.

Os valores o índice de massa corporal situaram-se entre 18.36 e 37.88, sendo a média  $23.41 \pm 3.59$ . Cerca de metade dos estudantes apresentaram índice de massa corporal igual ou inferior a 22.49 e a distribuição dos resultados diferia significativamente de uma distribuição gaussiana ( $p = 0.000$ ).

No que respeita ao estado civil, verifica-se que na amostra em estudo predominavam os elementos solteiros (85.1%),o que vai de encontro à realidade em Portugal.

Verificou-se também que 59.5% dos estudantes referiram ter mudado de residência para frequentar o Ensino Superior. Esta situação prende-se essencialmente com o facto das Instituições de Ensino Superior se encontrarem localizadas essencialmente nas capitais de Distrito, levando a que muitos estudantes que residem em concelhos e freguesias anexas tenham que mudar de residência para frequentar este nível de ensino.

Quanto ao distrito de origem, constata-se que 45.2% dos elementos da amostra eram oriundos do distrito da Guarda. Verifica-se, ainda, que Aveiro foi o segundo distrito mais representado, seguindo-se o Porto (8.3%) e Viseu (7.1%). Estes dados comprovam que os estudantes tendem a ingressar em Instituições de Ensino Superior tendo em conta a proximidade com o seu distrito de origem. Verificou-se ainda que a maioria dos estudantes residia em meio rural (59.5%).

Atendendo ao local onde os indivíduos da amostra estudavam, verifica-se que 32.7% coabitavam com colegas/amigos, seguindo-se 24.4% que viviam com os pais.

Quadro 3. Distribuição dos estudantes segundo as características sociodemográficas

Variável	N	%
<b>Grupo etário</b>		
< 20	29	17.3
[20 – 25[	93	55.3
[25 – 30[	16	9.5
[30 – 35[	9	5.4
[35 – 40[	12	7.1
[40 – 45[	7	4.2
≥ 45	2	1.2
$\bar{x} = 24.40$ ; Md = 22.00 ; s = 6.86 ; $x_{\min} = 18.00$ ; $x_{\max} = 49.00$ ; p = <b>0.000</b>		
<b>Género</b>		
Masculino	61	36.3
Feminino	107	63.7
<b>Estado ponderal</b>		
Baixo Peso (IMC<18.5)	3	1.8
Peso Normal (18.5<IMC≤24.9)	126	75.0
Excesso de Peso (25.0<IMC≤29.9)	26	15.5
Obesidade Grau I (30.0<IMC≤34.9)	12	7.1
Obesidade Grau II (35.0<IMC≤39.9)	1	0.6
Obesidade Grau III (IMC>40.0)	-	0.0
$\bar{x} = 23.41$ ; Md = 22.49 ; s = 3.59 ; $x_{\min} = 18.36$ ; $x_{\max} = 37.88$ ; p = <b>0.000</b>		
<b>Estado civil</b>		
Solteiro(a)	143	85.1
Casado(a) / União de facto	23	13.7
Divorciado(a) /Separado(a)	2	1.2
Viúvo(a)	-	0.0
<b>Mudou de residência para frequentar o Ensino Superior</b>		
Sim	100	59.5
Não	68	40.5
<b>Distrito de origem</b>		
Aveiro	17	10.1
Braga	8	4.8
Bragança	2	1.2
Castelo Branco	11	6.5
Coimbra	7	4.2
Évora	2	1.2
Guarda	76	45.2
Leiria	6	3.6
Lisboa	3	1.8
Portalegre	2	1.2
Porto	14	8.3
Santarém	2	1.2
Setúbal	1	0.6
Vila Real	2	1.2
Viseu	12	7.1
Região Autónoma da Madeira	3	1.8
<b>Meio de residência no distrito de origem</b>		
Meio Rural	68	40.5
Meio Urbano	100	59.5
<b>Coabitação no local onde estuda</b>		
Sozinho(a)	14	8.3
Com os pais	41	24.4
Com outros familiares	9	5.4
Com colegas/amigos	55	32.7
Com companheiro(a)	24	14.3
Residência de estudantes	25	14.9

## **Caraterísticas Académicas**

A análise do quadro 4 permite constatar que no respeito à escola frequentada 41.7% dos elementos da amostra frequentavam a Escola Superior de Saúde, seguidos de 36.3% que eram estudantes da Escola Superior de Tecnologia e Gestão.

Constatou-se que 38.7% dos estudantes frequentavam o 2º ano, seguidos de 26.8% que estavam inscritos no 3º ano e de 24.4% que eram estudantes do 1º ano.

Quanto ao Curso denota-se que os cursos mais representados na amostra em estudo eram o curso de Enfermagem (33.3%), seguido do curso de Farmácia (7.7%) e do curso de Gestão (7.1%). Constatou-se, ainda, que 7.2% dos estudantes eram alunos de mestrados.

A maioria dos elementos da amostra (57.7%) referiu que tinha uma ou duas matrículas no cursos que frequentavam, seguidos de 36.3% que disseram ter feito três ou quatro matrículas.

No que concerne ao local onde, habitualmente tomavam as refeições, constata-se que 69.0% dos elementos da amostra referiram que o faziam em casa, seguidos de 25.6% que tomavam as refeições em refeitórios ou cantinas. A elevada taxa de estudantes que realizavam as refeições em casa poderá estar relacionada com os recursos económicos dos portugueses, que são cada vez mais baixos, o que leva que atualmente se opte por realizar refeições em casa ou mesmo por levar a comida para o local de trabalho/instituição de ensino.

Um estudo sobre os consumos e estilos de vida dos estudantes do ensino superior, realizado por Ferreira e Borrego (2012) a 3327 estudantes da Universidade de Lisboa revela que no que se refere ao local privilegiado de consumo alimentar, 38,7% dos estudantes preferia almoçar durante a semana em casa, valor bastante inferior ao encontrado no presente estudo.

Quadro 4. Distribuição dos estudantes segundo as características académicas

Variável	n	%
<b>Escola que frequenta</b>		
Escola Superior Educação, Comunicação e Desporto	21	12.5
Escola Superior de Saúde	70	41.7
Escola Superior de Tecnologia e Gestão	61	36.3
Escola Superior de Turismo e Hotelaria	16	9.5
<b>Ano do curso</b>		
1º Ano	41	24.4
2º Ano	65	38.7
3º Ano	45	26.8
4º Ano	17	10.1
<b>Curso</b>		
Animação Sociocultural	2	1.2
Comunicação Multimédia	1	0.6
Comunicação e Relações Públicas	2	1.2
Design e Equipamento	7	4.2
Desporto	11	6.5
Educação Básica	5	3.0
Energia e Ambiente	1	0.6
Engenharia Civil	6	3.6
Engenharia Informática	6	3.6
Engenharia Topográfica	2	1.2
Enfermagem	56	33.3
Farmácia	13	7.7
Gestão	12	7.1
Gestão de Recursos Humanos	8	4.8
Gestão Hoteleira	6	3.6
Marketing	3	1.8
Restauração e Catering	8	4.8
Secretariado e Assessoria de Direção	1	0.6
Turismo e Lazer	1	0.6
CETs	5	3.0
Mestrados	12	7.2
<b>Número de matrículas no curso</b>		
1 – 2	97	57.7
3 – 4	61	36.3
5 – 6	6	3.6
≥ 7	4	2.4
$\bar{x} = 2.61$ ; $Md = 2.00$ ; $s = 1.98$ ; $x_{\min} = 1.00$ ; $x_{\max} = 19.00$ ; $p = 0.000$		
<b>Habitualmente onde toma as refeições</b>		
Em casa	116	69.0
Refeitório/Cantina	43	25.6
Restaurante	6	3.6
Café/Pastelaria/Snack-Bar	1	0.6
Bar da Escola	2	1.2

### Caraterísticas socioeconómicas

Quanto ao nível socioeconómico, através da análise do quadro 5, verifica-se que os rendimentos, calculados de acordo com as regras EEM - OCDE, variavam entre 139 e 3333 euros por mês, sendo a média  $824.36 \pm 604.10$  euros por mês. Verifica-se portanto que, 36.9% dos agregados familiares dos estudantes apresentavam rendimentos mensais entre um e dois

salários mínimos (476 a 950 euros), seguidos de 33.3% cujo rendimento mensal era igual ou inferior a um ordenado mínimo (475 euros). Cerca de metade dos inquiridos evidenciaram ter rendimento mensal igual ou superior a 666.67 euros e a distribuição de frequências não pode ser considerada normal ( $p = 0.000$ ). Estes dados vão de encontro ao rendimento mensal do agregado familiar dos portugueses, uma vez que grande parte das famílias beneficia de um ou dois salários mínimos.

Verifica-se, também, que a maioria dos estudantes, nomeadamente 68.5%, não beneficiava de bolsa de estudos.

Quadro 5. Distribuição dos estudantes segundo as características socioeconómicas

Variável	N	%
<b>Rendimento (EEM - OCDE)</b>		
Até 475 euros	56	33.3
De 476 a 950 euros	62	36.9
De 951 a 1425 euros	30	17.9
Superior a 1425 euros	20	11.9
$\bar{x} = 824.36$ ; $Md = 666.67$ ; $s = 604.10$ ; $x_{\min} = 139.00$ ; $x_{\max} = 3333.00$ ; $p = 0.000$		
<b>Bolsa de estudos</b>		
Sim	53	31.5
Não	115	68.5

### Prática de exercício físico ou desporto

Quanto à prática de exercício físico ou desporto (quadro 6), verifica-se que a maioria dos estudantes (51.8%) afirmou que o fazia raras vezes (1 a 2 vezes por semana), seguindo-se 23.2% que disseram que nunca faziam exercício físico e praticavam desporto e 20.2% disseram fazê-lo algumas vezes (3 a 4 vezes por semana).

Os dados mencionados vão de encontro aos resultados dos Eurobarómetro sobre desporto e actividade física (Special Eurobarometer, 2010), que indicam que a maioria dos portugueses (55%) nunca pratica exercício físico ou desporto, que 11% faziam-no raramente e apenas 9% praticava pelo menos 5 vezes por semana. De acordo com a mesma fonte (2010), a proporção dos portugueses que praticava exercício físico ou desporto com regularidade (1 a 2 vezes por semana ou 3 a 4 vezes por semana) atingia 24%.

Quadro 6. Distribuição dos estudantes segundo a prática de exercício físico/desporto

Variável	N	%
<b>Pratica exercício físico/desporto</b>		
Nunca	39	23.2
Raras vezes (1 a 2 vezes por semana)	87	51.8
Algumas vezes (3 a 4 vezes por semana)	34	20.2
Muitas vezes (5 a 6 vezes por semana)	7	4.2
Sempre (7 ou mais vezes por semana)	1	0.6

## Hábitos Alimentares dos estudantes

Os resultados que constituem o quadro 7 foram obtidos com base nos dados observados através da aplicação da Escala de Hábitos Alimentares.

Nas dimensões e no global da Escala de Hábitos Alimentares, os dados poderiam variar entre 1 e 5 pontos, sendo o valor central igual a 3 pontos. Analisando os resultados apresentados no quadro 7 verifica-se que os estudantes evidenciaram possuir razoáveis hábitos alimentares, sendo melhores em termos de qualidade e variedade alimentar (médias de 3.62 e 3.61 e medianas de 3.63 e 3.57, respetivamente) e piores ao nível da quantidade e da adequação alimentar (médias iguais a 3.39 e 3.40 e medianas 3.45 e 3.43). Nas dimensões quantidade ( $p = 0.045$ ), variedade ( $p = 0.005$ ) e adequação ( $p = 0.002$ ) alimentares as distribuições de frequências afastaram-se significativamente de curva normal ou gaussiana.

Quadro 7. Distribuição dos estudantes segundo a Escala de Hábitos Alimentares

Variável	$\bar{x}$	Md	s	$x_{\min}$	$x_{\max}$	P
EHA – Quantidade alimentar	3.40	3.43	0.53	2.00	5.00	<b>0.045</b>
EHA – Qualidade alimentar	3.61	3.57	0.39	2.00	4.00	0.200
EHA – Variedade alimentar	3.62	3.63	0.57	2.00	5.00	<b>0.005</b>
EHA – Adequação alimentar	3.39	3.45	0.44	2.00	4.00	<b>0.002</b>
EHA – Global	3.52	3.53	0.34	3.00	4.00	0.200

Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Luzio *et al* (2009), com a utilização da mesma escala, e com uma amostra de 80 estudantes do ensino superior, revelando que os estudantes apresentavam hábitos mais adequados em termos de variedade alimentar seguidos da qualidade alimentar e menos adequados ao nível da quantidade e da adequação alimentar.

## Imagem corporal dos estudantes

O quadro 8 corresponde aos dados observados através da aplicação do Questionário de Imagem Corporal.

Tendo presente que o Questionário de Imagem Corporal poderia facultar valores compreendidos entre 20 e 60 pontos, cujo valor central era igual a 40 pontos, os resultados apresentados evidenciam que os estudantes revelaram possuir uma razoável imagem corporal, sendo a média  $42.98 \pm 7.16$  pontos e a mediana 43.50 pontos.

A distribuição de frequências para esta variável afastou-se significativamente de uma curva normal ou gaussiana ( $p = 0.025$ ).

Quadro 8. Distribuição dos estudantes segundo o Questionário de Imagem Corporal

Variável	$\bar{x}$	Md	s	$x_{\min}$	$x_{\max}$	P
QIC – Imagem corporal	42.98	43.50	7.16	26.00	57.00	<b>0.025</b>

## Fatores que interferem nos Hábitos Alimentares dos Estudantes do Ensino Superior

De seguida apresentam-se os resultados dos estudos realizados para avaliar a associação existente entre os hábitos alimentares dos estudantes e as restantes variáveis, com o propósito de identificar e analisar fatores determinantes dos hábitos alimentares desses estudantes, optando-se apenas por apresentar os resultados das associações estatisticamente significativas.

### Idade

Para avaliar a relação entre os hábitos alimentares e a idade dos estudantes, procedeu-se ao estudo da correlação entre as variáveis utilizando o coeficiente de *Spearman* e o respetivo teste de significância. Os resultados que constituem o quadro 9 permitem verificar que apenas a correlação entre a qualidade alimentar e a idade é estatisticamente significativa ( $p = 0.002$ ). Sendo a correlação positiva podemos afirmar que os estudantes mais velhos tendem a evidenciar hábitos alimentares mais adequados em termos de qualidade alimentar.

Este facto é comprovado por Ferreira e Borrego (2012), que salientando no seu estudo que, os estudantes mais velhos referiam comer raramente em restaurantes de *fast-food* e consumiam mais fruta é mais elevado entre os estudantes mais velhos, o que revela melhores hábitos alimentares em termos de qualidade.

Contudo, os dados mencionados contradizem o que é defendido por Fonseca *et al* (2009), o qual sublinha que os jovens perdem em qualidade alimentar à medida que avançam com a idade, bem como o que é defendido por Matos *et al* (2001) que refere que existe uma tendência generalizada para os hábitos alimentares se irem deteriorando com a idade. Também Bauer (2009) salienta que o convívio com o grupo de pares potencia o aumento do consumo de alimentos nutricionalmente desequilibrados, conforme a idade progride.



Quadro 9. Correlação entre os hábitos alimentares e a idade dos estudantes

Variáveis	Idade	
	$r_s$	P
EHA – Quantidade alimentar	-0.01	0.943
EHA – Qualidade alimentar	+0.24	<b>0.002</b>
EHA – Variedade alimentar	+0.08	0.303
EHA – Adequação alimentar	+0.02	0.783
EHA – Global	+0.14	0.078

## Género

No que respeita ao género, Matos *et al* (2001) salientam que existem diferenças significativas entre os géneros. Segundo Fonseca *et al* (2009), as raparigas consomem mais frequentemente alimentos saudáveis e menos frequentemente alimentos pouco saudáveis, nomeadamente *fast-food*.

Tendo em conta um estudo realizado por Larson *et al* (2009), verificou-se que o consumo frequente de *fast-food* aumentava nos estudantes do sexo masculino.

Aplicando o teste U de *Mann-Whitney* procedeu-se à comparação dos hábitos alimentares em função do género, ou seja, procurou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os hábitos alimentares dos estudantes do género masculino e os do género feminino. Os resultados apresentados no quadro 10 permitem verificar que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões qualidade ( $p = 0.003$ ), variedade ( $p = 0.031$ ) e adequação alimentar ( $p = 0.003$ ). Constatou-se, ainda, a existência de diferença estatisticamente significativa ao nível dos resultados globais da escala ( $p = 0.001$ ). Comparando os valores das medidas de tendência central (média e mediana) pode-se afirmar que os estudantes do género feminino evidenciaram melhores hábitos alimentares que os do género masculino, o que vai de encontro aos estudos anteriormente mencionados.

Quadro 10. Comparação dos hábitos alimentares em função do género dos estudantes

Hábitos alimentares Género	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	Z	P
<b>EHA – Quantidade alimentar</b>						
Masculino	61	82.20	3.37	3.43	-0.465	0.642
Feminino	107	85.81	3.42	3.43		
<b>EHA – Qualidade alimentar</b>						
Masculino	61	69.95	3.50	3.50	-2.932	<b>0.003</b>
Feminino	107	92.79	3.68	3.71		
<b>EHA – Variedade alimentar</b>						
Masculino	61	73.80	3.48	3.63	-2.158	<b>0.031</b>
Feminino	107	90.60	3.71	3.63		
<b>EHA – Adequação alimentar</b>						
Masculino	61	69.94	3.25	3.27	-2.936	<b>0.003</b>
Feminino	107	92.80	3.47	3.55		
<b>EHA – Global</b>						
Masculino	61	67.39	3.40	3.40	-3.445	<b>0.001</b>
Feminino	107	94.26	3.58	3.58		

## Coabitação

Para Story *et al* (2002) e Kubik *et al* (2003), a entrada no ensino superior constitui um marco do início da autonomia própria do jovem adulto correspondendo para muitos estudantes ao primeiro momento em que estes terão que se responsabilizar pela sua própria residência, incluindo a alimentação, a gestão das suas finanças, do seu tempo e conciliando-os com os estudos.

Até ao final do ensino secundário o jovem contava com a família, nomeadamente com os pais, para a compra e confeção dos alimentos, havendo um maior controlo dos seus hábitos alimentares, com a entrada no ensino superior será o jovem que terá que ser responsável por essas tarefas.

Neste sentido, através da aplicação do teste *Kruskal-Wallis* foi possível comparar os hábitos alimentares em função da coabitação dos estudantes no local onde estudam.

Constatou-se a existência de diferença estatisticamente significativa na dimensão referente à variedade alimentar ( $p = 0.042$ ). Analisando os resultados das medidas de tendência central (quadro 11) verifica-se que os estudantes que coabitavam com o cônjuge, companheiro(a) ou namorado(a) e os que viviam com os pais ou outros familiares apresentam melhores hábitos alimentares ao nível da variedade.

Os dados apresentados são corroborados pelo estudo desenvolvido por Ferreira e Borrego (2012) a 3327 estudantes da Universidade de Lisboa, o qual refere que os jovens que vivem com a família de origem tendiam a assinalar o consumo de sopa e laticínios mais vezes, destacando-se portanto maior variedade alimentar.

Quadro 11. Comparação dos hábitos alimentares em função da coabitação no local onde estudam

Hábitos alimentares Coabitação	N	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	$\chi^2$	P
<b>EHA – Quantidade alimentar</b>						
Sozinho(a)	14	65.32	3.18	3.36		
Pais ou outros familiares	50	82.35	3.39	3.36	2.9	0.565
Colegas/Amigos	55	88.77	3.46	3.43	58	
Cônjuge/Companheiro(a)/Namorado(a)	24	89.19	3.45	3.43		
Residência de estudantes	25	85.64	3.38	3.57		
<b>EHA – Qualidade alimentar</b>						
Sozinho(a)	14	72.18	3.53	3.46		
Pais ou outros familiares	50	80.18	3.56	3.57	4.2	0.375
Colegas/Amigos	55	87.94	3.65	3.57	37	
Cônjuge/Companheiro(a)/Namorado(a)	24	99.35	3.73	3.75		
Residência de estudantes	25	78.22	3.58	3.57		
<b>EHA – Variedade alimentar</b>						
Sozinho(a)	14	64.04	3.36	3.50		
Pais ou outros familiares	50	90.30	3.70	3.75	9.9	<b>0.042</b>
Colegas/Amigos	55	74.86	3.52	3.63	24	
Cônjuge/Companheiro(a)/Namorado(a)	24	105.60	3.85	3.88		
Residência de estudantes	25	85.30	3.63	3.75		
<b>EHA – Adequação alimentar</b>						
Sozinho(a)	14	75.14	3.28	3.36		
Pais ou outros familiares	50	78.14	3.35	3.36	3.7	0.443
Colegas/Amigos	55	91.87	3.44	3.45	37	
Cônjuge/Companheiro(a)/Namorado(a)	24	92.71	3.48	3.59		
Residência de estudantes	25	78.36	3.32	3.36		
<b>EHA – Global</b>						
Sozinho(a)	14	68.07	3.36	3.50		
Pais ou outros familiares	50	82.20	3.50	3.50	5.2	0.264
Colegas/Amigos	55	85.56	3.53	3.53	35	
Cônjuge/Companheiro(a)/Namorado(a)	24	102.19	3.64	3.70		
Residência de estudantes	25	78.98	3.48	3.50		

### Área do curso frequentado

Relativamente à área do curso frequentado pelos estudantes, através da aplicação do teste *Kruskal-Wallis* verificou-se a existência de diferença estatisticamente significativa na dimensão referente à variedade alimentar ( $p = 0.007$ ). Os resultados das medidas de tendência central apresentados no quadro 12 permitem verificar que os estudantes que frequentavam os cursos das áreas de Saúde e de Turismo e Hotelaria apresentam melhores hábitos alimentares em termos de variedade. Esta situação poderá dever-se ao facto dos cursos destas áreas apresentarem no seu plano curricular disciplinas destinadas ao estudo da nutrição, podendo contribuir para que estes estejam mais despertos e mais informados para os princípios de uma alimentação saudável, bem como para adquirirem conhecimentos mais aprofundados acerca da alimentação.

Quadro 12. Comparação dos hábitos alimentares em função da área do curso frequentada

Hábitos alimentares Área do curso que frequenta	N	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	$\chi^2$	P
<b>EHA – Quantidade alimentar</b>						
Educação, Comunicação e Desporto	21	84.50	3.42	3.57	2.395	0.495
Saúde	70	87.73	3.44	3.43		
Tecnologia e Gestão	61	85.36	3.41	3.43		
Turismo e Hotelaria	16	67.09	3.20	3.29		
<b>EHA – Qualidade alimentar</b>						
Educação, Comunicação e Desporto	21	65.10	3.45	3.50	4.384	0.223
Saúde	70	90.27	3.67	3.68		
Tecnologia e Gestão	61	83.97	3.60	3.64		
Turismo e Hotelaria	16	86.75	3.63	3.61		
<b>EHA – Variedade alimentar</b>						
Educação, Comunicação e Desporto	21	73.31	3.48	3.63	12.168	<b>0.007</b>
Saúde	70	98.34	3.78	3.88		
Tecnologia e Gestão	61	70.60	3.46	3.50		
Turismo e Hotelaria	16	91.66	3.73	3.63		
<b>EHA – Adequação alimentar</b>						
Educação, Comunicação e Desporto	21	83.40	3.35	3.36	6.539	0.088
Saúde	70	95.37	3.49	3.55		
Tecnologia e Gestão	61	74.65	3.31	3.27		
Turismo e Hotelaria	16	75.94	3.31	3.27		
<b>EHA – Global</b>						
Educação, Comunicação e Desporto	21	71.57	3.42	3.35	7.242	0.065
Saúde	70	96.24	3.60	3.61		
Tecnologia e Gestão	61	77.09	3.46	3.50		
Turismo e Hotelaria	16	78.34	3.49	3.46		

### Ano do curso frequentado

Aplicando o teste *Kruskal-Wallis*, foi possível verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre os hábitos alimentares dos estudantes e o ano do curso que frequentam.

Os resultados que constam no quadro 13 permite verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas na dimensão referente à adequação alimentar ( $p = 0.043$ ) e no global dos hábitos alimentares ( $p = 0.015$ ). Comparando os valores médios e medianos podemos constatar que os alunos que frequentam o 3º e o 4º ano do curso tendem a evidenciar melhores hábitos alimentares em termos de adequação e no global. Partindo do princípio que estes estudantes são também os mais velhos, estes resultados vão ao encontro dos apresentados por Ferreira e Borrego (2012) e já mencionados (os mais velhos consomem maior quantidade de fruta e raramente comem em restaurantes de *fast-food*).

Este fenómeno já foi estudado por diversos investigadores e a maioria verificou que também existiam alterações significativas no estado ponderal dos estudantes do primeiro ano deste nível de ensino, o que indica que após a entrada no ensino superior os estudantes do 1º ano tendem a adquirir hábitos alimentares menos saudáveis, nomeadamente no que se refere à

adequação alimentar. Os novos estilos de vida, os horários laborais e escolares desencontrados podem ser as causas encontradas para as alterações dos hábitos alimentares dos estudantes nomeadamente dos que ingressam no ensino superior.

Quadro 13. Comparação dos hábitos alimentares em função do ano do curso frequentado

Hábitos alimentares Ano do curso	N	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	$\chi^2$	P
<b>EHA – Quantidade alimentar</b>						
1º Ano	41	81.98	3.36	3.43		
2º Ano	65	81.54	3.37	3.43	0.956	0.812
3º Ano	45	89.30	3.46	3.43		
4º Ano	17	89.21	3.46	3.43		
<b>EHA – Qualidade alimentar</b>						
1º Ano	41	67.49	3.47	3.43		
2º Ano	65	87.21	3.64	3.64	7.764	0.051
3º Ano	45	96.01	3.71	3.64		
4º Ano	17	84.71	3.60	3.57		
<b>EHA – Variedade alimentar</b>						
1º Ano	41	68.93	3.44	3.50		
2º Ano	65	83.76	3.61	3.63	7.511	0.057
3º Ano	45	94.80	3.76	3.75		
4º Ano	17	97.62	3.74	3.88		
<b>EHA – Adequação alimentar</b>						
1º Ano	41	70.35	3.26	3.18		
2º Ano	65	81.26	3.36	3.36	8.170	<b>0.043</b>
3º Ano	45	98.52	3.52	3.55		
4º Ano	17	93.88	3.47	3.45		
<b>EHA – Global</b>						
1º Ano	41	67.22	3.39	3.43		
2º Ano	65	82.05	3.51	3.50	10.495	<b>0.015</b>
3º Ano	45	98.88	3.62	3.55		
4º Ano	17	97.50	3.57	3.63		

### Local onde os estudantes realizam as refeições

A aplicação do teste U de *Mann-Whitney* permitiu obter os resultados apresentados no quadro 14 de modo a comparar os hábitos alimentares em função do local em que, habitualmente, os estudantes tomam as refeições.

Para proceder a este teste houve necessidade de reagrupar as respostas dadas pelos estudantes e criar, apenas, dois grupos (em casa e fora de casa) devido ao reduzido número de respostas em algumas opções. Constatamos a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade ( $p = 0.004$ ) e adequação alimentar ( $p = 0.013$ ) e em termos globais ( $p = 0.015$ ). Analisando os valores das medidas de tendência central constatamos que os estudantes que, habitualmente, tomam as refeições em casa evidenciam melhores hábitos alimentares em termos de qualidade, adequação e, também, no global.

A necessidade de aprovação por parte do grupo de pares é muito importante para os jovens que iniciam uma nova etapa de vida. Neste sentido, os jovens tendem a adotar padrões alimentares de acordo com as expectativas do grupo. Para Moreira e Peres (1996), comer é uma forma importante de recreação e sociabilização, o que faz com que os jovens que realizam mais refeições extra-domiciliárias, pratiquem uma alimentação mais desequilibrada, à base de produtos hipercalóricos e ricos em gordura e açúcares, carretando um aumento do consumo da ingestão de *fast-food*, de modo a ir de encontro ao padrão e expectativas do seu grupo de amigos, afastando-se segundo Davy *et al* (2006) da refeição tradicional equilibrada realizada em casa, o que não se verificou no presente estudo, uma vez que a maioria (69%) dos estudantes fazia as refeições em casa e que, como se comprovou, são os que evidenciam melhores hábitos alimentares.

Quadro 14. Comparação dos hábitos alimentares em função do local onde o estudante realiza as refeições

Hábitos alimentares Local das refeições	n	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	z	P
<b>EHA – Quantidade alimentar</b>						
Em casa	116	86.55	3.43	3.43	-0.82	0.412
Fora de casa	52	79.92	3.33	3.50		
<b>EHA – Qualidade alimentar</b>						
Em casa	116	91.67	3.68	3.64	-2.86	<b>0.004</b>
Fora de casa	52	68.50	3.48	3.54		
<b>EHA – Variedade alimentar</b>						
Em casa	116	86.16	3.64	3.63	-0.66	0.508
Fora de casa	52	80.80	3.58	3.63		
<b>EHA – Adequação alimentar</b>						
Em casa	116	90.74	3.45	3.55	-2.49	<b>0.013</b>
Fora de casa	52	70.59	3.25	3.27		
<b>EHA – Global</b>						
Em casa	116	90.63	3.56	3.54	-2.44	<b>0.015</b>
Fora de casa	52	70.82	3.41	3.48		

### Prática de exercício físico/desporto

O teste *Kruskal-Wallis* forneceu os resultados que constituem o quadro 15 e permitiu analisar se os hábitos alimentares são diferentes conforme a prática de exercício/desporto que os estudantes fazem.

Verificamos que existem diferenças significativas nas dimensões quantidade ( $p = 0.002$ ), variedade ( $p = 0.040$ ) e adequação alimentar ( $p = 0.041$ ) e, também, no global dos hábitos alimentares ( $p = 0.004$ ). A comparação dos valores das medidas de tendência central revelou que os estudantes que praticam exercício físico/desporto com maior frequência tendem a revelar melhores hábitos alimentares.

A prática de exercício físico ou desporto regular constitui um fator protetor de saúde, devendo ser iniciada o mais precocemente possível. Um estudo realizado por Matos *et al* (2001) revelou que, os jovens que praticam exercício físico tendem também optar por comportamentos concordantes com estilos de vida saudáveis, nomeadamente a prática de uma alimentação saudável bem como a ausência de consumos nocivos como seja o álcool e o tabaco.

Esta ideia é também corroborada por Roberts *et al* (2004), que referindo que quando os jovens são fisicamente ativos apresentam uma alta probabilidade de optarem por estilos de vida mais saudáveis, quando comparados com jovens mais sedentários.

Quadro 15. Comparação dos hábitos alimentares em função da prática de exercício físico/desporto

Hábitos alimentares Exercício físico/desporto	N	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}$	Md	$\chi^2$	P
<b>EHA – Quantidade alimentar</b>						
Nunca	39	60.44	3.16	3.29	12.940	<b>0.002</b>
Raras vezes	87	82.28	3.41	3.43		
Algumas vezes	34	98.96	3.61	3.64		
<b>EHA – Qualidade alimentar</b>						
Nunca	39	69.35	3.53	3.50	4.040	0.133
Raras vezes	87	81.41	3.62	3.57		
Algumas vezes	34	90.96	3.71	3.71		
<b>EHA – Variedade alimentar</b>						
Nunca	39	64.41	3.40	3.50	6.454	<b>0.040</b>
Raras vezes	87	84.51	3.67	3.75		
Algumas vezes	34	88.71	3.72	3.63		
<b>EHA – Adequação alimentar</b>						
Nunca	39	71.95	3.26	3.36	6.381	<b>0.041</b>
Raras vezes	87	77.61	3.36	3.36		
Algumas vezes	34	97.69	3.53	3.55		
<b>EHA – Global</b>						
Nunca	39	61.99	3.36	3.43	11.047	<b>0.004</b>
Raras vezes	87	82.06	3.53	3.53		
Algumas vezes	34	97.75	3.65	3.64		

## Imagem Corporal

Por último, procedemos à análise da relação entre os hábitos alimentares e a imagem corporal que os estudantes evidenciam. Para tal realizou-se o estudo da correlação utilizando o coeficiente de correlação de *Spearman* e o respetivo teste de significância.

Os resultados obtidos (quadro 16) revelam que existem diferenças estatisticamente significativas em termos de adequação alimentar ( $p = 0.002$ ) e no global dos hábitos alimentares ( $p = 0.035$ ). Atendendo a que as correlações são positivas, pode-se concluir que os estudantes que evidenciam melhor imagem corporal tendem a adotar melhores hábitos alimentares.

Grande parte dos estudantes do ensino superior desenvolvem preocupações ligadas ao corpo e à sua imagem corporal. Neste sentido, são cometidas restrições e excessos alimentares tendo em conta, as imagens idealizadas pelos jovens. Segundo Precioso e Santos (2012), diversos estudos revelam a apreciação desviante da imagem corporal e a extrema preocupação com o peso e a aparência física por parte dos jovens. Este conceito de imagem corporal/percepção corporal pode ser, segundo Sakamaki *et al* (2005), o principal fator determinante para a adoção de dietas por parte dos estudantes do ensino superior, especialmente nas raparigas.

Um estudo realizado por Matos *et al* (1996), demonstra que quase metade dos jovens acha o seu corpo demasiado gordo ou demasiado magro e gostaria de alterar algo no seu corpo e cerca de um terço destes jovens acha que precisa de uma dieta para perder peso.

Machado e Gonçalves (1999) citado por Precioso e Santos (2012) referem que a preocupação com a imagem corporal afeta em grande medida a escolha alimentar de muitos jovens. Contudo, para Fonseca (2009), o comportamento de dieta está relacionado com uma ingestão inferior de alimentos pouco saudáveis e de álcool mas, não aparece relacionado com um maior consumo de alimentos saudáveis.

Esta ideia é corroborada por Matos *et al* (2001) que no seu estudo de investigação realizado com 6903 jovens portugueses, refere que os jovens que tendem a manifestar maior apreço pelo seu corpo são os que praticam uma alimentação do tipo saudável e os que tendem a optar por comportamentos congruentes com estilos de vida saudáveis.

Quadro 16. Correlação entre os hábitos alimentares e a imagem corporal

Variáveis	Imagem corporal	
	$r_s$	P
EHA – Quantidade alimentar	+0.10	0.213
EHA – Qualidade alimentar	-0.00	0.989
EHA – Variedade alimentar	+0.12	0.134
EHA – Adequação alimentar	+0.24	<b>0.002</b>
EHA – Global	+0.16	<b>0.035</b>



### 3 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES

A alimentação, para além de ser uma necessidade elementar do indivíduo, é atualmente vista como uma das condições do ambiente que mais prejudica a saúde dos indivíduos. Uma alimentação saudável e equilibrada é um fator determinante para ganhos em saúde.

A alimentação saudável consiste na forma racional de comer que assegura variedade, equilíbrio e quantidade justa de alimentos, escolhidos pela sua qualidade nutricional.

Assim, considera-se que a adoção de hábitos alimentares equilibrados promovem um desenvolvimento saudável, assegurando um futuro harmonioso, prevenindo inúmeras patologias nomeadamente doenças cardiovasculares, agravamento da diabetes e obesidade.

A fase em que o indivíduo deixa de ser adolescente e passa a ser um jovem adulto é uma etapa da vida muito importante para o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis que muitas vezes irão persistir pela vida. Neste sentido é fundamental a educação alimentar, já que esta tem vindo a ser internacionalmente reconhecida como parte complementar dos esforços para a prevenção da doença e promoção da saúde. A educação alimentar assume-se assim como uma ótima estratégia na promoção de hábitos alimentares saudáveis junto dos jovens estudantes do ensino superior.

Pretendia-se com este estudo avaliar os Hábitos Alimentares dos Estudantes do Ensino Superior e identificar os fatores que interferem nos mesmos. Para a realização deste estudo foi selecionada uma amostra não probabilística por acessibilidade, constituída por 168 estudantes que frequentam o Instituto Politécnico da Guarda.

O tratamento dos dados apresentou como base a metodologia científica tendo sido utilizadas técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial.

Após análise dos dados verificou-se que a amostra referida se caracteriza por apresentar indivíduos com idades que variavam entre 18 e 49 anos, sendo a média 24.40 anos.

No que respeita ao género, verificou-se que a maioria dos estudantes pertencia ao género feminino e predominavam os elementos solteiros.

Através do cálculo de IMC foi possível avaliar o estado ponderal dos estudantes, assim verificou-se que a maioria dos estudantes apresentaram IMC que permitiu classificá-los como apresentando peso normal.

Verificou-se que a maioria dos estudantes referiram ter mudado de residência para frequentar o Ensino Superior.

Quanto ao distrito de origem, constatou-se que 45.2% dos elementos da amostra eram oriundos do distrito da Guarda e que a maioria dos estudantes residia em meio rural.

Atendendo ao local onde os indivíduos da amostra estudavam, verificou-se que 32.7% coabitavam com colegas/amigos, seguindo-se 24.4% que viviam com os pais.

No respeito à escola frequentada 41.7% dos elementos da amostra frequentavam a Escola Superior de Saúde, seguidos de 36.3% que eram estudantes da Escola Superior de Tecnologia e Gestão.

Constatou-se ainda que a maior parte dos estudantes frequentava o 2º ano do curso.

Quanto ao Curso denota-se que os cursos mais representados na amostra em estudo eram o curso de Enfermagem, seguido do curso de Farmácia e do curso de Gestão.

A maioria dos elementos da amostra referiu que tinha uma ou duas matrículas nos cursos que frequentavam.

No que concerne ao local onde, habitualmente tomavam as refeições, constatou-se que 69.0% dos elementos da amostra referiram que o faziam em casa.

Relativamente ao rendimento do agregado familiar dos estudantes verificou-se que cerca de metade dos inquiridos evidenciaram ter rendimento mensal igual ou superior a 666.67 euros. Verificou-se ainda que, a maioria não beneficiava de bolsa de estudos.

Quanto à prática de exercício físico ou desporto, verificou-se que a maioria dos estudantes afirmou que o fazia raras vezes (1 a 2 vezes por semana).

Através da aplicação da Escala de Hábitos Alimentares (EHA), nas dimensões e no global verificou-se que os estudantes evidenciaram possuir hábitos alimentares razoáveis, sendo melhores em termos de qualidade e variedade alimentar e piores ao nível da quantidade e da adequação alimentar.

O Questionário de Imagem Corporal (QIC) permitiu constatar que os estudantes revelaram possuir uma imagem corporal razoável.

No que concerne aos fatores estudados que interferem nos hábitos alimentares dos estudantes do ensino superior, verificou-se no presente estudo que são:

- Idade – os estudantes mais velhos apresentam melhores hábitos alimentares;
- Género – apresentando os do género feminino melhores hábitos alimentares;
- Coabitação – os estudantes que coabitam com o cônjuge, companheiro(a) ou namorado(a) e os que vivem com os pais ou familiares são os que possuem melhores hábitos alimentares;

- Área do curso frequentado – observando-se que os estudantes que frequentam os cursos das áreas de Saúde e de Hotelaria e Turismo são os que possuem melhores hábitos alimentares;
- Ano do curso – os que frequentam o 3º e 4º anos são os que possuem melhores hábitos alimentares;
- Local onde os estudantes realizam as refeições – os estudantes que possuem melhores hábitos alimentares são os que habitualmente comem em casa;
- Prática de exercício físico/desporto – verificando-se que os que possuem melhores hábitos alimentares são os que mais frequentemente praticam exercício físico/desporto;
- Imagem corporal – os estudantes que revelam melhor imagem corporal são os que possuem melhores hábitos alimentares.

Tendo em conta os resultados obtidos, apresentam-se de seguida algumas sugestões de forma a procurar promover a saúde dos jovens participantes no estudo.

Propõe-se após a conclusão do referido estudo a divulgação e apresentação dos dados na instituição de ensino que frequentam os estudantes que participaram no estudo.

A **nível dos estudantes**, devem desenvolver-se programas de ajuda para que os jovens possam adquirir hábitos alimentares saudáveis, através de alimentos nutritivos, comendo para satisfazer a fome e não para satisfazer as suas necessidades emocionais. Realizar sessões de educação para a saúde junto dos estudantes do ensino superior, enunciando os benefícios de alimentação saudável, mostrando exemplos reais de situações prejudiciais à saúde que surgem devido à adoção de hábitos alimentares inadequados e fomentando um padrão de estilo de vida saudável, encorajando-os deste modo a uma imagem corporal positiva com vista ao controlo do seu próprio peso e à prática de exercício físico/desporto. Neste sentido deve assumir grande enfoque a educação pelos pares.

Sugere-se a avaliação do estado ponderal, através do cálculo do IMC, de todos os estudantes que ingressam no IPG, bem como a realização de posteriores avaliações, através dos serviços de saúde do IPG.

A **nível escolar**, deve optar-se por comida saudável em vez de *fast-food*, insistindo nas frutas e nos legumes, devendo os próprios estudantes participar na escolha das ementas do refeitório e dos produtos à venda nos bares e cantinas. Recomenda-se a venda de fruta fresca nos bares e cantinas do IPG. Deve também estimular-se a associação de estudantes da instituição de ensino, enquanto elemento promotor de estilos de vida saudáveis, para a

realização de atividades que promovam hábitos alimentares saudáveis e prática de exercício físico/desporto.

Neste sentido, seria de todo pertinente a criação de um projeto envolvendo a Escola Superior de Saúde, a Escola Superior de Turismo e Hotelaria e a Escola Superior de Educação, Comunicação e Desporto com vista à promoção de uma alimentação saudável e à prática de exercício físico/desporto. Sugere-se também a partilha de uma lanche saudável envolvendo toda a comunidade escolar comemorando o Dia Mundial da Alimentação.

A nível do **Centro de Saúde**, é fundamental gerir melhor os meios humanos e materiais. Devem ser repensadas as estratégias e o modo da apresentação das sessões de educação para a saúde, especificamente as estratégias para motivar mais os estudantes à prática de uma alimentação saudável, bem como a desenvolverem um trabalho mais direto com as populações. Desta forma pensa-se que, é determinante uma parceria do Instituto Politécnico da Guarda com o Centro de Saúde, nomeadamente no reforço da consulta juvenil dos 18 anos e no acompanhamento dos estudantes com estado ponderal acima do normal nas consultas de nutrição e obesidade.

A nível dos **governantes**, o Ministério da Saúde para além de recomendar o que deve ou não ser consumido, evitando a entrada de alguns produtos alimentares na escola e, do mesmo modo, proibir a publicidade de certos alimentos prejudiciais, e que consta no Plano Nacional de Saúde 2012/2016 e nas recomendações do Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição.

Propõe-se também a realização de trabalhos futuros neste domínio da investigação, aprofundando a temática através da utilização de uma amostra de maiores dimensões e do alargamento a toda a comunidade escolar, uma vez que a reduzida amostra foi uma das limitações deste estudo.

Contudo, pensa-se que o presente estudo contribuiu para um melhor conhecimento dos fatores que interferem nos hábitos alimentares dos estudantes do ensino superior, constituindo assim uma linha orientadora para a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, enquanto elemento crucial na promoção da saúde dos indivíduos e das comunidades.

#### 4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, R. (2001) – *Manual de Educação Alimentar*. Publicações Dom Quixote.
- Almeida, M. *et al* (2001) – *Princípios básicos da alimentação e nutrição*. Lisboa; Universidade Aberta.
- Antonovsky, A. (1996) — The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. (11): 11-11.
- Antunes, M. (2008) – *Educação, Saúde e Desenvolvimento*. Coimbra: Edições Almedina.
- Azevedo, A., Faria, L. (2001) – Impacto das condições pessoais e contextuais na transição do ensino secundário para o ensino superior. *Revista da UFP* (6): 257-269.
- Azevedo, A. e Faria, L (2006) – *Motivação, Sucesso e Transição para o Ensino Superior Psicologia*. 20; 2; 69-93.
- Baptista, M. (2006) – *Educação Alimentar em Meio Escolar Referencial para uma oferta Alimentar Saudável*. Lisboa: Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular.
- Basto, M. L. (2000) – *Contributo da Enfermagem para a promoção da saúde da população*. Lisboa: Ministério da Saúde; Sub-região de Saúde de Lisboa.
- Basto, M. L., Magão, M. T. (2001) – Práticas de enfermagem: algumas reflexões sobre o estado da arte da investigação. *Investigação em Enfermagem*. (4): 3-11.
- Bauer, K.W. *et al* (2009) – Fast food intake among adolescents: Secular and longitudinal trends from 1999 to 2004. *Prev Med*. (48): 284-287.
- Bennett, P., Murphy, S. (1999) – *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bonito, J. (2008) – *Fará a educação bem à saúde? I Colóquio Luso – Brasileiro sobre Saúde, Educação e Representações Sociais*. Évora: Universidade de Évora.
- Breda J. (2003) – *Fundamentos de Alimentação e Nutrição e Dietoterapia*. Coimbra: Mar da Palavra.

- Bruhn, J. G. (1988). Life-style and health behavior. New York: *Plenum Press Gochman Health behavior: Emerging Research Perspectives*. 71-86.
- Bruzos, S., Valdemoro, E. (1992) – *Alimentación Y nutrición*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Buss, P. (2004) – *Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 15-38.
- Calado, J. (1998) – O adolescente e o consumo de gorduras e fibras alimentares – conhecimentos, atitudes e comportamentos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 16 (4): 5-21.
- Calado, J. (1998) – O adolescente e o consumo de gorduras e fibras alimentares – factores associados aos comportamentos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 16, (3): 5-26.
- Carrondo, E. (2006) – *Formação Profissional de Enfermeiros e desenvolvimento da criança: contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico*. Braga: Universidade do Minho. Dissertação de Doutoramento - Área de conhecimento em Currículo e Supervisão em Educação Básica, Ramo de Estudos da Criança, orientada pela Professora Doutora Maria Luisa Garcia Alonso e apresentada no Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho.
- Carvalho, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “Empowerment” no projecto de promoção à Saúde. *Caderno Saúde Pública*. 20 (4): 1088-1095.
- Carvalho, A., Carvalho, G. (2006) – *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lisboa: Lusociência.
- Coleman, J. C. (1985) – *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Comisión Europea (2003) – *Informe sobre el estado de los trabajos de la Comisión Europea en el campo de la nutrición en Europa: Octubre de 2002*. Luxemburgo: Comunidades Europeas. Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores.
- Contento, I. (1995) – The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs and research – a review of research. *Journal of Nutrition Education*. 27: 279-418.

Czeresnia, D., Freitas, C. M. (2004) – *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões tendências*. Rio de Janeiro. Fiocruz.

Davy S.R., Benes B.A., Driskell J.A. (2006) – *Sex Differences in dieting trends, eating habits and nutrition beliefs of a group of midwestern college students*. 106 (10): 1673-1677.

Direção Geral de Saúde (2003) – *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa: DGS: Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2004) – *Promoção de estilos de vida saudáveis*. Lisboa: DGS Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2006) – *Programa Nacional de saúde dos jovens 2006/2010*. Lisboa: DGS. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.

Direção Geral da Saúde (2012) – *Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2013) – *Programa Nacional de Saúde Escolar – Ano lectivo 2013/2014*. Lisboa: DGS, Orientação nº014/2013 de 28/10/2013.

Faculdade de Ciências de Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto (2003) – *A Roda dos Alimentos*. Porto: Faculdade de Ciências de Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.

Faculdade de Ciências da Alimentação e Nutrição da Universidade do Porto (2004) – *Guia para uma alimentação saudável – a leitura do rótulo*. Lisboa: Instituto do Consumidor.

Faculdade de Ciências da Alimentação e Nutrição da Universidade do Porto (2004) – *Guia: Os Alimentos na Roda*. Lisboa: Instituto do Consumidor.

Fernandes, A. (2004) – *Guia para uma Alimentação Saudável*. Lisboa: Editora Presença.

Fernandes, A. (2007) – *Guia para uma Educação Alimentar*. Lisboa: Edição Livros Horizonte.

Fernandes, A., Venâncio, D., Medeiros, H., Macedo, R., Pires, T., Lebres, V. (2012) – *Alteração dos Hábitos Alimentares: Um Caso do Ensino Superior Português*. Egítania Scientia. 6 (10): 161-175.

- Ferreira, F. (1983) – *Nutrição Humana*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, F. (1994) – *Nutrição Humana*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, V.S.; Borrego, R. (2012) – *Consumos e estilos de vida dos estudantes do ensino superior*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Fonseca, H. (2009) – Are overweight adolescents at higher risk of engaging in unhealthy weightcontrol behaviours? *Acta Paediatr.* 98 (5): 847-852.
- Fortin, M.F. (2009) – *O Processo de Investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gambardella A.M.D., Frutuoso M.F.P., Franch C. (1999) – Prática alimentar de adolescentes. *Revista de Nutrição.* 12 (1): 55-63.
- Gunning-Schepers, L. J. (1999) – Models: instruments for evidence based policy. *J Epidemiology Community Health.* (53) 263.
- Helman, C. G. (2001). *Culture, Health and Illness*. London: Arnold.4ª Edição.
- Irwin, C. E. Jr. (1987) – *Adolescent social behavior and health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Joia LC. (2010) – Perfil do estilo de vida individual entre estudantes universitários. *Revista Movimenta.* 3 (1): 16–23.
- Katz, J., Peberdy, A. (1998) – *Promoting Health: Knowledge and Practice*. London: MacMillan.
- Kubik, M. *et al* (2003) – The Association of the School Food Environment With Dietary Behaviours of Younh Adolescents. *American Journal of Public Health.* 93 (7): 1168 -1173.
- Lancaster, J., Stanhope, M. (2000) – *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa; Lusociência.
- Larson NI, Nelson MC, Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ. (2009) – *Making time for meals: meal structure and associations with dietary intake in young adults*. *J Am Diet Assoc.* 109 (1):72-79.
- Lemos, D. (1999) – *Alimentação e Adolescência – Uma Questão de Educação*. In Precioso, J., Viseu, F., Dourado, L., Vilaça, T., Henriques, R. e Lacerda, T. (Coord.) (1999). *Educação*



*para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho: (454- 457)

Liebman M., Cameron A.B, Carson D.K., Brown D.M., Meyer S.S.(2000) – *Dietary fat reduction behaviors in college students: relationship to dieting status, gender and key psychosocial variables*. 36 (51):6.

Loureiro, I. (1999) – *A importância da educação alimentar na escola*. In Sardinha, L., Matos, M., Loureiro, I. – (Eds) *Promoção da Saúde: Modelos e Práticas de Intervenção nos Âmbitos da Actividade Física, Nutrição e Tabagismo* Lisboa: Edições FMH. (57-84).

Loureiro, I. (2004) – *A Importância da educação alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22 (2): 43-55.

Loureiro, I.; Miranda N. (2010) – *Promover a Saúde – Dos Fundamentos à Acção*. Coimbra: Almedina.

Luzio FCM, Correia AGS, Saraiva LSS, Rito MV. (2009) – *Excesso de peso/obesidade em estudantes de uma instituição de ensino superior*. *Revista Investigação Enfermagem*. Agosto (20): 66- 74.

Machado, P., Gonçalves, S. (1999) – *Perturbações do comportamento alimentar: prevenção e tratamento*. In Precioso, J., Viseu, F., Dourado, L., Vilaça, T., Henriques, R. e Lacerda, T. (Coord.) (1999). *Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.

Maroco, J. (2007) – *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Martins, I. (2002) – *Educação e Educação em Ciências*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Marques A.A.G, Luzio F.C.M, Martins J.C.A, Vaquinhas M.M. (2011) – *Hábitos alimentares: validação de uma escala para a população portuguesa*. *Revista científica Esc. Anna Nery* Abril – Junho. 15(2): 402-409.

Matos, M.G.; Simões,C.; Canha, L.; Fonseca, S. (1996) – *Saúde e Estilos de Vida nos jovens portugueses – Relatório do estudo de 1996 da Rede Europeia HBSC/OMS*.

Matos, M.; Carvalhosa, S.; Fonseca, H.(2001) – *O comportamento alimentar dos jovens portugueses*. *Aventura Social e Saúde*. 5:1.

- Millstein, S. (1993) – A view of health from the adolescent's perspective. In Millstein, S., Petersen, A. & Nightingale, E. (Eds) (1993) – *Promotion the health of adolescents: New directions for the twenty-first century*. Oxford: Oxford University Press : 97-118
- Moreira, P., Peres, E. (1996) – Alimentação de adolescentes. *Revista de Alimentação Humana*. 2 (4): 4-44.
- Moreira P., Teixeira, J. (1994) – Educação alimentar e modificação de conhecimentos alimentares de crianças do ensino básico. *Revista Forum de Projectos de Educação Alimentar - Actas*, 24-28.
- Navarro, M. F. (1995) – Educação para a saúde e profissionais de saúde comunitária. *Revista Portuguesa Saúde Pública*. 13 (4): 77-82.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M. (1999) – Factors influencing food choices of adolescents: findings from focus-groups discussions with adolescents. *J Am Diet Association*. 99(8):929-37.
- Nevin - Folino N.L. (2003) – *Pediatric Manual of Clinical Dietetics*. Illinois: American Dietetic Association. 2ª Edição.
- Nunes, E.; Breda, J. (2001) – *Manual para uma Alimentação Saudável em Jardins de Infância*. Lisboa: Divisão de Promoção e Educação para a Saúde – Direção Geral de Saúde.
- Nunes, E.; Breda, J. (2002) – *Manual para uma Alimentação Saudável em Jardins de Infância*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Nutbeam, D. (1998) – Health promotion glossary, *Health Promotion Inter*. 13: 349-364.
- OMS (1986) – Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Lisboa: Divisão da educação para a saúde.
- OMS (1986) – *As metas de saúde para todos: metas de estratégia regional europeia de saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento.
- OMS (1988) – *Recomendações de Adelaide sobre políticas públicas saudáveis*. Lisboa: DGS.
- OMS (1996) – *Improving School Health Programmes: Barriers and Strategies*. Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. Geneva: Organização Mundial de Saúde.

- OMS (1998) – *Health Promotion Glossary*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.
- OMS (2003) – *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.
- OMS (2005) – *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhaga: Organização Mundial de Saúde.
- OMS (2006) – *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.
- OMS (2007) – *Prevalence of excess body weight and obesity in children and adolescents*
- OMS (2010) – *Social determinants of health and the role of evolution*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.
- OMS (2011) – *Global status report on alcohol and health*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (2001) – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2010) – *Proposta de Projecto de Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*.
- Papadaki A., Hondros G., Scott J.A., Kapsokefalou M (2007) – Eating habits of University students living at, or away from home in Greece. *Appetite*. 1 – 8.
- Pardal, M. (1994) – Discurso de abertura do I Forum de projectos de educação alimentar, pelo Presidente da Comissão Organizadora (DGS). *Revista Forum de Projectos de Educação Alimentar – Actas*, 6-9.
- Peres, E. (1982) - *Ideias gerais sobre alimentação racional*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Peres, E. (2003) – *Emagrecer: Porque se engorda e como se emagrece*. Lisboa; Editorial Caminho.
- Pestana, M.; Gageiro, J. (2005) – *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Precioso, J. (2000) – *Promoção de estilos de vida saudáveis*. Programa “Aprende a cuidar de ti”. Associação para a Prevenção e Tratamento do Tabagismo de Braga.

Precioso, J. (2004) – Educação para a Saúde na Universidade: um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciências*, 3 (2).

Precioso, J. (2009) – *As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar*. Porto Alegre 32 (1): 84-91.

Precioso, A.J.G.; Santos, M.B.G. (2012) – *Educação Alimentar na Escola : avaliação de uma intervenção pedagógica dirigida a alunos do 8º ano de escolaridade*. Lisboa : Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, INSA IP.

Petribú, M.M.V. (2009) – *Estado nutricional, consumo alimentar e risco cardiovascular: um estudo em universitários*. *Revista de Nutrição Campinas*. 22 (6): 837 – 846.

Roberts, C., Tynjälä, J., & Komkov, A. (2004) – *Physical activity*. In C. Currie, *et al.* (Eds.). *Young people’s health in context. Health Behaviour in School – aged Children (HBSC) Study: International report from the 2001/2002 survey* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe: 90-97.

Rodrigues, M., Pereira, A., Barroso, T. (2005) – *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.

Sakamaki R, Toyama K, Amamoto R, Liu C-J, Shinfuku N. Nutritional (2005) – Knowledge, food habits and health attitude of Chinese university students. A cross sectional study. *Nutrition J*.

Senra *et al* (2006) – *Questionário de Imagem Corporal* adaptado Huddy (1993) de 20 item Body Image Questionnaire In: Silva, A.N.S. (2007) – *Auto-Percepções, Auto-Estima, Ansiedade Físico-Social e Imagem Corporal dos praticantes de Fitness* – Estudo comparativo entre praticantes da Ilha de São Jorge e da Ilha de São Miguel. Coimbra: Universidade de Coimbra – Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física.

Soares, I.; Campos, B. (1985) – Dificuldades de relacionamento entre jovens e programas de desenvolvimento pessoal. *Cadernos de consulta psicológica*. 1: 151-161.

Sorensen, Luckman (1998) – *Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiologia*. Lisboa; Lusodidacta.

- Special Eurobarometer (2010) In: Direção Geral da Saúde (2012) – *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 – Perfil de Saúde em Portugal*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Stephens, A., Wardle, J. (1996) – The European health and behaviour survey: The development of an international study in health psychology. *Psychology of Health*. 11:49-73.
- Story, M. *et al* (2002) – Individual and environment influences on adolescence eating behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*. 102 (3): 40-51.
- Teixeira, S. (2002) – *A dieta que está no sangue*. Editora Campus, Lda.
- Tones, K. (1991) – Saúde positiva. *Nursing* 44: 8-11.
- Tones, K. (1999). Health promotion, health education and the public health. In R. Detels *et al.*, *Oxford textbook of public health: the methods of public health* Oxford: Oxford University Press: 1-67.
- Tones, K. (2000). *Health Promotion and the Role of Nurses in Promoting the Public Health*. Comunicação apresentada no Seminário “A educação e promoção da saúde – uma abordagem de capacitação nos contextos hospitalar e comunitário” na ESECP.
- Viner, R.M.; Cole, T.J. (2005) – Adult socioeconomic, educational, social and psychological outcomes of childhood obesity: a national birth cohort study. *BMJ*.
- Vereecken, C.A. *et al* (2005) – School food policy at primary and secondary schools in Belgium- Flanders: does it influence young people’s food habits? *Eur J Clin Nutr*. 59: 271–277.
- Vereecken C.A. (2005) – The relative influence of individual and contextual socio-economic status on consumption of fruit and soft drinks among adolescents in Europe. *Eur J Public Health* 15 (3):224-32.
- Wengreen HJ, Moncur C. (2011) – Change in diet, physical activity, and body weight among young-adults during the transition from high school to college. *Nutr J*. 8 (32).
- Wilson, A. (2004) – Promoção de estilos de vida saudáveis In: Phipps, J. *et al* *Enfermagem Médico-Cirúrgica; Lusociência*.

## WEBGRAFIA

Associação Portuguesa de Nutricionistas (2011) – *A Dieta Mediterrânica*. in: <http://www.apn.org.pt> (12/01/2012;10 horas).

Associação Portuguesa de Nutricionistas (2011) – *A roda dos alimentos*. in: <http://www.apn.org.pt> (12/01/2014; 10 horas e 35 minutos).

Direção Geral da Saúde (2012) – *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. in: <http://www.dgsaude.min-saude> (18/02/2014; 9 horas e 15 minutos).

Direção Geral da Saúde (2006) – *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: DGS. in: <http://www.dgsaude.pt> (18/02/2014; 9 horas e 45 minutos).

Direção Geral de Estatística e Educação e Ciência (2014) – *Estudantes inscritos em estabelecimentos do Ensino Superior por sexo – 1995/96 a 2012/13*. in: <http://www.dgeec.mec.pt> (21/1/2014; 10 horas).

Eurotrials (2006) – *Boletim informativo – Saúde em mapas e números* in: [http://www.eurotrials.com/contents/files/Boletim\\_21.pdf](http://www.eurotrials.com/contents/files/Boletim_21.pdf) (23-02-2014; 11 horas)

Fundação Portuguesa de Cardiologia (2010) – *Dieta mediterrânica seleccionada pela UNESCO*. in: <http://www.Fpcardiologia.pt> (19/01/2014; 15 horas e 15 minutos).

Instituto Nacional de Estatística (2003) – *Hábitos Alimentares dos portugueses*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. in: <http://www.ine.pt> (10/01/2014; 10 horas e 40 minutos).

Instituto Nacional de Estatística (2008) – *Escala de Equivalência Modificada – OCDE*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. in: <http://www.ine.pt> (20/02/2014; 12 horas e 10 minutos).

Instituto Nacional de Estatística (2010) – *Novos dados da Balança Alimentar Portuguesa* Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. in: <http://www.ine.pt> (16/01/2014; 17 horas e 20 minutos).

Maroco, J.; Marques, T. (2006) – *Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach?* in: [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204\(1\)%20-%2065-90.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204(1)%20-%2065-90.pdf) (21-01-2014; 12 horas e 35 minutos)

# **ANEXOS**





## Escala de Hábitos Alimentares

Escala de Hábitos Alimentares validada para a população portuguesa por Marques *et al* (2011).

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)**

<b>HÁBITOS ALIMENTARES</b>		<b>Nunca</b>	<b>Raras vezes (1 a 2 vezes)</b>	<b>Algumas vezes (3 a 4 vezes)</b>	<b>Muitas vezes (5 a 6 vezes)</b>	<b>Sempre (7 ou mais vezes)</b>
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,...).					
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	Como 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, ...).					
39	Como arroz/massa e batata					
40	Como peixes gordos (salmão, sardinha, cavala, carapau, ...).					



## Questionário de Imagem corporal

Adaptação efetuada por Cristina Senra et al (2006), Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, a partir do 20- Item Body-Image Questionnaire elaborada por Huddy, D (1993).

Para cada questão assinale com uma cruz (x) a resposta que melhor corresponde ao que julga mais de acordo com a sua aparência, em que:

**quando julga que a afirmação está correcta, selecciona – Concordo;**

**se não está correcta – Discordo;**

**porém, se não é totalmente correcta ou não tem a certeza do que sente, seleccione – Indeciso(a).**

Imagem Corporal		Concordo	Discordo	Indeciso (a)
1	O meu peso é apropriado para a minha altura.			
2	Sou demasiado pesado.			
3	Sinto-me bem em relação à minha imagem corporal.			
4	Desejava ser mais alto.			
5	Estou satisfeito(a) com o meu peso atual.			
6	Acho as minhas coxas demasiado gordas.			
7	Quando me olho ao espelho de corpo inteiro, fico satisfeito (a) com o que vejo.			
8	Tenho demasiada gordura à volta da cintura.			
9	Estou confiante que quando as pessoas olham para mim, ficam favoravelmente impressionadas.			
10	Seria mais feliz com a minha imagem corporal, se pudesse redistribuir a minha gordura corporal.			
11	A participação em desportos tornou a minha imagem corporal favorável.			
12	Desejava poder perder algum peso.			
13	Vigio a minha dieta cuidadosamente.			
14	Desejava ser mais musculado.			
15	Praticar exercício físico deu-me um "bom corpo".			
16	Uma imagem corporal favorável não é importante.			
17	Uma imagem corporal favorável é muito importante.			
18	Ter excesso de peso, não tem nada a ver com ser bem sucedido.			
19	Os atletas têm corpos com melhor aparência dos que não são atletas.			
20	Nasce-se com um tipo de corpo base, que pouco pode ser alterado.			





# APÊNDICES

















**Apêndice II** – Pedido de autorização ao Sr. Presidente do IPG para aplicação do questionário

*on-line*

**Joana Lucas** joanalucas.tese@gmail.com

para  
assessoria

**Exmo. Senhor  
Presidente do Instituto Politécnico da Guarda  
Professor Doutor Constantino Mendes Rei**

Joana Maria Rabaça Lucas, enfermeira na Unidade Local de Saúde da Guarda, a desempenhar funções no Hospital Sousa Martins, a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, pretendendo realizar a dissertação subordinada ao tema “Hábitos alimentares dos estudantes do ensino superior” e de forma a facilitar a recolha de dados, vem solicitar a Vossa Excelência o envio do instrumento de colheita de dados para o endereço eletrónico dos estudantes das escolas do IPG, no sentido de que o mesmo seja preenchido em formato online.

Os dados serão apenas utilizados no estudo, garantindo-se o seu anonimato.

O documento já foi criado em formato para preenchimento online, ficando a aguardar indicações para fornecimento do link e/ou de outras informações que se julguem necessárias.

De seguida envio o link do instrumento de colheita de dados.

<https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dDJJMmRNTGoxUWptUIBqV2lBdlZwN0E6MQ>

Com os melhores cumprimentos

Joana Lucas



