Politécnico da Guarda
Polytechnic of Guarda

Mestrado em Enfermagem Comunitária

O COMPORTAMENTO ALIMENTAR DOS ESTUDANTES DE UM INSTITUTO POLITÉCNICO DO INTERIOR DO PAÍS

Andreia Filipa Saraiva Valente

setembro | 2021

Escola Superior de Saúde

Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico da Guarda

O COMPORTAMENTO ALIMENTAR DOS ESTUDANTES DE UM INSTITUTO POLITÉCNICO DO INTERIOR DO PAÍS

Dissertação elaborada para obtenção do
Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

Andreia Filipa Saraiva Valente

Guarda

2021

Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda

O COMPORTAMENTO ALIMENTAR DOS ESTUDANTES DE UM INSTITUTO POLITÉCNICO DO INTERIOR DO PAÍS

Dissertação elaborada para obtenção do
Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

Andreia Filipa Saraiva Valente

Orientador: Professora Especialista Inês Alexandra Dias Fonseca
Coorientador: Professora Doutora Isabel Maria Ribeiro Fernandes

Guarda
2021

PENSAMENTO

“Não somos responsáveis pelas emoções, mas sim do que fazemos com as emoções.”

Jorge Bucay

AGRADECIMENTOS

Para a concretização deste trabalho individual, foi essencial o apoio de vários intervenientes, aos quais gostaria de deixar, por escrito, o meu agradecimento.

Começo por agradecer, desde já, à Orientadora Professora Inês Fonseca e à Coorientadora Professora Doutora Isabel Fernandes pelas suas sugestões e críticas construtivas que me ajudaram a elaborar e a melhorar este trabalho de investigação, bem como a disponibilidade, atenção e palavras de incentivo que me deram ao longo desta jornada.

À minha família pelo apoio dado e pelas ausências e impaciências que suportaram.

Aos meus amigos que me incentivaram a realizar este trabalho e que me apoiaram nos momentos mais difíceis, contribuindo para a sua concretização.

Aos colegas de trabalho que sempre demonstraram o seu apoio e disponibilidade nos momentos em que precisei.

À minha colega e amiga Marlene Cruz com a qual partilhei esta caminhada de novas aprendizagens, pelo seu apoio e companheirismo.

Aos estudantes que despenderam do seu tempo para responderem ao questionário, possibilitando a realização deste trabalho.

A todas as outras pessoas e entidades que, de forma direta ou indireta, fizeram parte desta etapa.

A todos, obrigada, pois só assim foi possível concretizar este objetivo pessoal e profissional.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

% - Percentagem

DP – Desvio padrão

ed. – Edição

et al. – E outros

kg – Quilogramas

m - Metros

Máx. – Máximo

Mín. – Mínimo

p – valor de prova

pp. – Páginas

r - Coeficiente de correlação de *Pearson*

s.d. – Sem data

α – Coeficiente Alfa

$\bar{x}$ – Média

LISTA DE ACRÓNIMOS

WHO - *World Health Organization*

LISTA DE SIGLAS

CA – Comportamento alimentar

DGS – Direção-Geral da Saúde

ESECD – Escola Superior de Educação, Comunicação e Desporto

ESS – Escola Superior de Saúde

ESTG – Escola Superior de Tecnologia e Gestão

ESTH – Escola Superior de Turismo e Hotelaria

IMC – Índice de Massa Corporal

SPSS – *Statistical Package for the Social Science*

TFEQ-R21 – *Three-Factor Eating Questionnaire* – R21

RESUMO

A adolescência engloba um conjunto de mudanças biológicas, psicológicas e sociais que aumentam a vulnerabilidade dos adolescentes. Esta poderá verificar-se no seu comportamento alimentar, resultado da interação de fatores físicos, psicológicos e emocionais, traduzindo-se em consequências negativas para a sua saúde. Perante as exigentes necessidades nutricionais dos adolescentes, o comportamento alimentar assume um papel fundamental no seu crescimento e desenvolvimento.

Este estudo pretende caraterizar o comportamento alimentar dos estudantes a frequentarem o primeiro ano dos cursos de licenciatura de um instituto politécnico do interior do país e avaliar a relação do mesmo com a idade, o sexo, o índice de massa corporal dos estudantes e o curso de licenciatura e unidade orgânica por si frequentados.

É um estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional, transversal, realizado numa amostra selecionada pelo método não probabilístico por conveniência. A amostra é constituída por 231 estudantes, 176 mulheres e 55 homens, com uma média de idades de 18,39 (±0,49). A recolha de dados foi realizada através do preenchimento de um questionário *online*, constituído pelos dados sociodemográficos e antropométricos da amostra e pelo *Three-Factor Eating Questionnaire* – R21, validado para a população portuguesa por Duarte, Palmeira e Pinto-Gouveia (2018) e constituído por 21 perguntas de resposta fechada, permitindo a avaliação das seguintes dimensões do comportamento alimentar: restrição cognitiva, descontrolo alimentar e alimentação emocional.

Os resultados sugerem que a idade não se correlacionou com nenhuma das dimensões do comportamento alimentar e que a restrição cognitiva foi a única dimensão que se correlacionou com o índice de massa corporal. Na amostra estudada, o descontrolo alimentar foi a dimensão com maior valor médio, seguindo-se a restrição cognitiva e, por fim, a alimentação emocional. Esta última foi a única dimensão que apresentou diferença estatisticamente significativa, sendo predominante no sexo feminino em comparação com o masculino. Ao nível das unidades orgânicas, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas três dimensões do comportamento alimentar.

Verifica-se, assim, a necessidade de se promover a sensibilização sobre a importância do comportamento alimentar dos estudantes do ensino superior, tendo em conta a influência da componente emocional no mesmo.

Palavras-Chave (Termos *Mesh*): Comportamento Alimentar, Estudantes, Adolescentes, Emoções, Enfermeiros, Saúde Comunitária.

ABSTRACT

Adolescence comprises a set of biological, psychological and social changes that increase adolescents' vulnerability. This can be seen in their eating behaviour, as a result of the interaction of physical, psychological and emotional factors, translating into negative consequences for their health. Faced with the demanding nutritional needs of adolescents, eating behaviour plays a fundamental role in their growth and development.

This study aims to characterize the eating behaviour of students attending the first year of undergraduate courses at a polytechnic institute in the up-country and evaluate its relationship with their age, gender, body mass index and the undergraduate course and organic unit attended by them.

It´s a quantitative, descriptive-correlational, cross-sectional study, carried out on a sample selected by the non-probability sampling method by convenience sampling. The sample is composed by 231 students, 176 women and 55 men, with an average age of 18,39 (±0,49). Data collection was performed by completing an online questionnaire, consisting of the sociodemographic and anthropometric data of the sample and the Three-Factor Eating Questionnaire – R21, validated for the Portuguese population by Duarte, Palmeira e Pinto-Gouveia (2018) and composed by 21 closed-answer questions, allowing the assessment of the following dimensions of the eating behaviour: cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating.

The results suggest that age did not correlate with any of the eating behaviour´s dimensions and cognitive restraint was the only dimension that correlated with body mass index. In the studied sample, uncontrolled eating was the dimension with the highest average value, followed by cognitive restraint and, finally, emotional eating. This last one was the only dimension presenting a statistically significant difference, being predominantly female compared to the male sex. At the level of organic units, there were no statistically significant differences in the three dimensions of the eating behaviour.

Thus, there is a need to promote awareness of the importance of eating behavior in higher education students, taking into account the influence of the emotional component in it.

Keywords (Mesh terms): Eating behavior, Students, Adolescents, Emotions, Nurses, Community health.

ÍNDICE DE QUADROS

Página

Quadro 1 - Classificação das emoções 38
Quadro 2 - Consistência interna do questionário aplicado no estudo..... 69

ÍNDICE DE TABELAS

Página

Tabela 1 - Distribuição dos estudantes segundo o sexo 70
Tabela 2 - Distribuição dos estudantes segundo o sexo por unidade orgânica..... 70
Tabela 3 - Distribuição dos estudantes segundo a idade 71
Tabela 4 - Distribuição dos estudantes por curso de licenciatura..... 71
Tabela 5 - Distribuição dos estudantes por unidade orgânica 72
Tabela 6 - Avaliação antropométrica dos estudantes 72
Tabela 7 - Avaliação antropométrica dos estudantes por unidade orgânica..... 73
Tabela 8 - Distribuição dos estudantes segundo as categorias do IMC..... 73
Tabela 9 - Distribuição dos estudantes segundo as categorias do IMC por unidade orgânica 74
Tabela 10 - Caraterização das dimensões do CA 75
Tabela 11- Caraterização das dimensões do CA por curso de licenciatura..... 75
Tabela 12 - Caraterização das dimensões do CA por unidade orgânica 77
Tabela 13 - Correlação entre a idade e as dimensões do CA 77
Tabela 14 - Relação entre o sexo e as dimensões do CA 78
Tabela 15 - Relação entre o IMC e as dimensões do CA 78
Tabela 16 - Relação entre as unidades orgânicas e as dimensões do CA..... 79

ÍNDICE

Página

INTRODUÇÃO 23

PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO 27

1 – A ADOLESCÊNCIA 29

2 – O COMPORTAMENTO ALIMENTAR 33

2.1 – AS DIMENSÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR 35

2.2 - AS EMOÇÕES E O COMPORTAMENTO ALIMENTAR 36

3 – O COMPORTAMENTO ALIMENTAR NA ADOLESCÊNCIA 41

3.1 O IMPACTO DO INGRESSO NO ENSINO SUPERIOR NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DOS ESTUDANTES 43

3.2 – O COMPORTAMENTO ALIMENTAR DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR EM PORTUGAL 45

4 – A PROMOÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR NA ADOLESCÊNCIA 47

4.1 – O PAPEL DOS ESTABELECIMENTOS DE ENSINO SUPERIOR 48

4.2 – O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA 50

PARTE 2 – ESTUDO EMPÍRICO 57

1 – METODOLOGIA 59

1.1 – FINALIDADES E OBJETIVOS 59

1.2 – TIPO DE ESTUDO 60

1.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA 61

1.4 – VARIÁVEIS 62

1.5 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS 64

1.6 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS 66

1.7 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 67

2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 69

2.1 – ANÁLISE DESCRITIVA 70

2.2 – ANÁLISE INFERENCIAL 77

3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS **81**
CONCLUSÃO **85**
BIBLIOGRAFIA **91**
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **93**
APÊNDICES **119**
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS 121
APÊNDICE B - CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO .. 127
APÊNDICE C – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO TFEQ-R21 131
APÊNDICE D – PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO EM ESTUDO 135
APÊNDICE E – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO PRESIDENTE DO INSTITUTO POLITÉCNICO EM ESTUDO 139
ANEXOS **143**
ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DO TFEQ-R21 145
ANEXO 2 – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO EM ESTUDO 149
ANEXO 3 – PARECER DO PRESIDENTE DO INSTITUTO POLITÉCNICO EM ESTUDO 153

INTRODUÇÃO

A adolescência é tipicamente definida como a fase de transição entre a infância e a idade adulta (Caballero, Granberg e Tseng, 2016), sendo caraterizada por mudanças biológicas, psicológicas e sociais que aumentam a vulnerabilidade dos adolescentes (Davim, Germano, Menezes e Carlos, 2009). Também Enes e Slater (2010) a definem como um período de importantes transformações físicas, emocionais e hormonais. No entanto, estas mudanças não são vividas de igual forma por todos os adolescentes, podendo variar no tempo, na duração e em intensidade (Fortes, Cipriani e Ferreira, 2013).

A adolescência surge como um momento de maior vulnerabilidade nutricional, sendo necessário compreender os fatores que influenciam o comportamento alimentar (CA) dos adolescentes (Banna, Buchthal, Delormier, Creed-Knashiro e Penny, 2016).

Os estudantes do ensino superior, principalmente no primeiro ano do curso de licenciatura, nem sempre conseguem tomar decisões que protejam a sua saúde, incluindo a alimentar, podendo afetar a sua saúde enquanto adultos (Ashurst, Woerden, Dunton, Todd, Vachaspati, Swan e Bruening, 2018). Desta forma, a frequência do ensino superior é um período em que podem surgir conflitos no CA (Ribeiro, Pereira e Mello, 2020).

Para Carvalho, Filgueiras, Neves, Coelho e Ferreira (2013), o CA engloba todas as formas de convívio com o alimento e Magalhães (2011) afirma que este é influenciado por questões demográficas, nutricionais, económicas, sociais, culturais, ambientais e psicológicas, sendo um promotor da saúde ou um fator de risco para o aparecimento de doenças crónicas.

De acordo com Atzingen (2011), o CA reveste-se de uma certa complexidade pois o ato de comer vai para além da satisfação das necessidades básicas, indispensáveis à sobrevivência do Homem e comum a todas os seres humanos, estando associado às relações sociais, às escolhas individuais e às sensações proporcionadas pelos alimentos. Para Matias e Fiore (2010), engloba um conjunto de ações relacionadas com os alimentos, desde o momento da decisão, a sua disponibilidade, o modo de confeção, os utensílios utilizados, os horários e a divisão da alimentação nas refeições do dia, terminando com a ingestão dos alimentos.

Não sendo o ato de comer apenas usado na satisfação das necessidades fisiológicas, pode ser entendido como forma de recompensa, de demonstração de afetos e na gestão de emoções. O estado emocional condiciona a ingestão alimentar e a abordagem ao CA deve acontecer num contexto biopsicossocial, dada a relação existente entre os aspetos fisiológicos, sociais e emocionais com a alimentação (Catão e Tavares, 2017). O mesmo é defendido por Toral e Slater (2007:1643) ao afirmarem que a relação "(…)entre as dimensões cognitivas e emocionais que estão envolvidas no comportamento alimentar torna-se, portanto, evidente".

O CA é uma importante e complexa dimensão na vida das pessoas, englobando um conjunto de fatores que o podem influenciar positiva ou negativamente (Sousa, 2012; Santos, Silva e Pinto, 2018). Quando a influência é negativa, podem surgir alterações denominadas de restrição cognitiva, descontrolo alimentar e alimentação emocional (Natacci e Júnior, 2011).

Sendo um dos aspetos que mais interfere na saúde, o seu estudo, bem como dos fatores que o influenciam, é essencial num momento em que se reconhecem os efeitos negativos sobre a saúde física e psicológica associada às situações nutricionais desajustadas (Miguel, 2015). O seu entendimento representa um importante contributo na área da prevenção e promoção da saúde (Rebelo, 2018). Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2015a), os adolescentes portugueses apresentam, cada vez mais, hábitos alimentares inadequados, reforçando a necessidade de compreender o seu CA. Entende-se, assim, que este assume um papel fundamental no estilo de vida, sendo um grande influenciador na saúde (Xavier, Paiva, Juan, Gonçalves e Silva, 2020).

Para Gonçalves (2011), o CA assume um papel fundamental na qualidade de vida e na prevenção e tratamento de patologias. O mesmo autor afirma que as práticas que são adquiridas ao longo da adolescência são essenciais para um desenvolvimento saudável, tendo repercussões tanto no imediato como a médio e a longo prazo no seu bem-estar físico e emocional.

Apesar da diversidade de intervenções que permitem a mudança do CA da população adolescente, poucas são as que se baseiam num conhecimento compreensivo das razões que o influenciam (Ferreira, Sampaio, Cavalcante, Monteiro, Pinto e Arruda, 2018).

O estudo e compreensão do CA permitem definir intervenções promotoras da saúde, tendo em conta a abrangência deste conceito, sendo que estas devem visar a autonomia das pessoas, permitindo-lhes entender a necessidade e a importância do CA para a melhoria da sua qualidade de vida (Alves e Boog, 2007; Monteiro, Andrade, Zanirati e Silva, 2009). Assim, se a saúde está diretamente relacionada com os comportamentos, é necessário promover condutas saudáveis ou modificar as que sejam prejudicais à saúde (Gomes, 2009).

O CA adotado pelos adolescentes tem um papel essencial no seu desenvolvimento e crescimento, constituindo-se como um tema de interesse para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, tendo em contas as intervenções promotoras da saúde e, também, ao nível preventivo que se podem realizar e que terão impacto na sua saúde.

Por persistir a falta de informação sobre a relação das emoções com o CA (Pantelis, 2018), justifica-se a realização de um estudo que caraterize o CA dos estudantes do ensino superior, tendo em conta a componente emocional do mesmo.

Neste sentido, surge a presente dissertação intitulada "O comportamento alimentar dos estudantes de um instituto politécnico do interior do país", com as seguintes questões de investigação:

1. Como se carateriza o CA dos estudantes do primeiro ano dos cursos de licenciatura de um instituto politécnico do interior do país?
2. Qual a associação entre o CA dos estudantes do primeiro ano dos cursos de licenciatura de um instituto politécnico do interior do país e a sua idade, sexo, índice de massa corporal (IMC), curso de licenciatura e unidade orgânica?

De forma a responder às questões de investigação acima mencionadas, foram definidos os seguintes objetivos:

1. Caraterizar o CA dos estudantes do primeiro ano dos cursos de licenciatura de um instituto politécnico do interior do país;
2. Analisar a associação entre o CA dos estudantes do primeiro ano dos cursos de licenciatura de um instituto politécnico do interior do país e a sua idade, sexo, IMC, curso de licenciatura e unidade orgânica.

É um estudo descritivo-correlacional, transversal e de natureza quantitativa, realizado numa amostra selecionada por um método não probabilístico por conveniência, constituída por duzentos e trinta e um estudantes de um instituto politécnico do interior do país que cumpriram os critérios de inclusão no estudo e aceitaram participar voluntariamente no mesmo.

O instrumento de recolha de dados consistiu num questionário em formato *online*, dividido em três partes, sendo a primeira constituída pela caraterização sociodemográfica e a segunda pela caraterização antropométrica da amostra. Na terceira parte, foi avaliado o CA através do *Three-Factor Eating Questionnaire* – R21 (TFEQ-R21), validado para a população portuguesa por Duarte, Palmeira e Pinto-Gouveia (2018).

No sentido de facilitar a compreensão e proporcionar uma melhor organização dos conteúdos, este documento encontra-se dividido em duas partes distintas.

A primeira parte é constituída pelo enquadramento teórico, abordando-se as temáticas da adolescência, do CA e do papel dos estabelecimentos de ensino e do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública na promoção de um CA adequado.

A segunda parte apresenta o estudo empírico onde consta a fase metodológica, os resultados estatísticos obtidos e a análise e discussão dos mesmos. No final, apresenta-se a conclusão do estudo, onde constam algumas considerações sobre as suas implicações práticas, as limitações encontradas e sugestões para futuros estudos de investigação.

Por fim, seguem-se a bibliografia e as referências bibliográficas consultadas para a elaboração deste estudo e os apêndices e anexos.

Com este estudo, pretende-se desenvolver o pensamento crítico e reflexivo e competências na área da investigação científica, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional da investigadora. Para além dos objetivos pessoais, este estudo contribuirá para uma melhoria nos cuidados de enfermagem na saúde da pessoa e da comunidade.

PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico carateriza-se pela escolha de um tema que suscita interesse no investigador, motivando-o a desenvolver a investigação sobre o mesmo, tendo em vista a consolidação dos seus conhecimentos (Fortin, 2009). Segundo Vilelas (2017), o tema deve ser selecionado de acordo com as inclinações de quem se propõe a estudá-lo.

Este enquadramento é essencial para compreender o estado atual do tema em estudo, tendo sido realizado após a análise da literatura e de uma reflexão sobre a mesma.

1 – A ADOLESCÊNCIA

A adolescência engloba as idades compreendidas dos 10 aos 19 anos ((*World Health Organization* (WHO), 2019a), sendo um período do ciclo de vida caraterizado por necessidades de saúde específicas, onde se verifica a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de capacidades, com início na puberdade e que termina na idade adulta (Patton, Sawyer, Santelli, Ross, Afifi, Allen, Arora, Azzopardi, Baldwin, Bonell, Kakuma, Kennedy, Mahon, McGovern, Mokdad, Patel, Petroni, Reavley, Taiwo, Waldfogel, Wickremarathne, Barroso, Bhutta, Fatusi, Mattoo, Diers, Fang, Fergunson, Ssewamala e Viner, 2016).

Para Pereira (2014), a adolescência vai para além dos fenómenos fisiológicos, biológicos e morfológicos responsáveis pelas alterações corporais, pelo desenvolvimento das caraterísticas sexuais secundárias, pela maturação e capacidade reprodutiva. Compreende, também, o desenvolvimento mental, cognitivo, emocional e social, sendo um processo individualizado e influenciado pelo momento e pela sociedade em que os adolescentes estão inseridos. Nesta etapa, assumem novos papéis e maiores responsabilidades, tendo que estabelecer objetivos e tomar decisões que visem o seu futuro.

Segundo a autora supracitada, a adolescência é caraterizada por uma maior autonomia e independência, com um distanciamento parental e aproximação ao grupo de pares, pela interiorização de valores e crenças e de comportamentos relacionados com os estilos de vida que podem comprometer a sua saúde, tanto no presente como no futuro.

Alguns autores têm dividido a adolescência em três fases distintas mas interdependentes (Hazen, Schlozman e Beresin, 2008). A primeira fase corresponde ao período precoce, dos 10 aos 14 anos e é marcada pelo crescimento físico e pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários, verificando-se uma maior preocupação com a imagem corporal resultante das mudanças físicas associadas, o despertar pela sexualidade e de uma maior autonomia em relação à família. A segunda fase corresponde dos 15 aos 17 anos, onde se verifica uma desaceleração no crescimento mas uma continuação no processo de autonomia e desenvolvimento do pensamento abstrato, da necessidade de pertença a um grupo de pares e uma maior aceitação do corpo. A última fase, que decorre entre os 18 e os 19 anos, aparece associada a uma maior maturação física, pensamento abstrato, modificação da relação com os pais e à construção de relações íntimas e relações mais estáveis com os seus pares (*United Nations International Children's Emergency Fund*, 2006; Vicario, Fierro e Hidalgo, 2014).

No passado, a adolescência era considerada como um breve período entre a infância e as responsabilidades da vida adulta, sendo que depois da maturidade sexual, o jovem adulto começava a trabalhar e constituía família. Atualmente, é entendida como uma etapa onde os

adolescentes constroem a sua identidade, escolhem o seu caminho profissional e encontram as suas referências, definindo o seu projeto de vida (Ferreira e Nelas, 2006).

Silveira, Santos e Pereira (2014) definem a adolescência como uma das fases mais importantes do desenvolvimento humano. Para Moschen (2018), é marcada pelo desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social dos adolescentes e pelo seu esforço em alcançarem as expectativas da sociedade onde estão inseridos. Também Silva, Bezerra, Lourenço, Queiroz, Ribeiro e Monteiro (2017) reconhecem esta transição, onde as decisões que os adolescentes tomam no presente terão consequências futuras.

Aprende-se a lidar com emoções e relações que serão determinantes na vida adulta dos adolescentes, sendo este processo fundamental para a construção da sua personalidade (WHO, 2019b). Ferreira e Nelas (2006) afirmam que, nesta etapa, se verificam diversas mudanças que contribuem para a construção da personalidade, sendo as experiências intelectuais, físicas e sociais vivenciadas geradoras de novos comportamentos que influenciarão o seu futuro.

Este período da vida é caraterizado por um conjunto de flutuações e inconstâncias bem como pela versatilidade dos adolescentes, podendo assumir uma atitude mais extrovertida ou, por outro lado, mais íntima e introvertida. A sua personalidade vai sendo construída, tendo em conta as experiências que vivenciam e o meio social onde estão inseridos (Silva, 2011).

É uma das etapas do desenvolvimento humano que decorre mais depressa. As mudanças a si associadas ocorrem, normalmente, com uma ordem universal, contudo, o momento e a velocidade a que acontecem variam consoante o adolescente, sendo que as caraterísticas individuais e os fatores externos influenciam estas alterações (WHO, 2020).

O crescimento e desenvolvimento dos adolescentes revela-se complexo pois os sistemas implicados (família, escola, sociedade) são fundamentais para a construção da sua personalidade (Silva, Viana e Carneiro, 2011). Esta complexidade é justificada pelas mudanças que a si estão associadas, nomeadamente, as físicas, psicológicas, cognitivas, emocionais e sociais (Vicario et al., 2014) mas também pela sua heterogeneidade pois cada adolescente experiencia-as de uma forma individual, sendo impossível generalizá-las a todos os adolescentes (Hazen et al., 2008; Machado, 2015).

A adolescência é uma etapa entendida como uma preparação para a vida adulta, onde os adolescentes constituem um grupo etário sujeito a maiores vulnerabilidades (Bittar e Soares, 2020) decorrentes de novas exigências afetivas, hormonais e físicas (Frois, Moreira e Stengel, 2011). Este conjunto de modificações exige aos adolescentes uma adaptação às mesmas, através da aquisição de novos comportamentos (Zordão, Barbosa, Parisi, Grasselli, Nogueira e Silva, 2015). No entanto, assumem, muitas vezes, uma ideia de invulnerabilidade, colocando-os numa posição de maior risco (Pereira, 2014).

A adolescência destaca-se por ser uma etapa da vida mais delicada relativamente às condutas assumidas pelos adolescentes (Beserra, Torres, Pinheiro, Alves e Barroso, 2011). Apesar dos adolescentes serem considerados, normalmente, um grupo saudável, a sua vulnerabilidade resultante das mudanças biológicas, psicológicas, afetivas, sociais e familiares que lhe estão associadas, suscita uma preocupação na comunidade (Nalha, 2013).

Estas alterações constituem um risco para o desenvolvimento de problemas comportamentais e emocionais (Hou, Xu, Zhao, Lu, Zhang, Zu, Sun, Su e Tao, 2013), gerando dificuldades e momentos de *stress* (Viejo, Gómez-López, Ortega-Ruiz, 2018).

Os adolescentes devem ser considerados como uma população vulnerável na adoção de comportamentos não salutares que podem prolongar-se para a vida adulta constituindo, assim, um grupo ideal para serem promovidas ações preventivas e promotoras da saúde (Sawyer, Afifi, Bearinger, Blakemore, Dick, Ezeh e Patton, 2012; Patton et al., 2016).

Sendo a adolescência uma etapa de maior risco, deve ser também considerada como a etapa adequada para se promover a adoção de comportamentos saudáveis face aos comportamentos de risco. Esta promoção de novos comportamentos ou o reforço dos já existentes deve-se à maior autonomia dos adolescentes pois estes tomam mais decisões sobre si mesmos do que quando eram crianças (Bargiota, Delizona, Tsitouras e Koukoulis, 2013).

A adolescência é, normalmente, considerada como a fase da vida mais saudável da pessoa, onde o adolescente adquire capacidades cognitivas, físicas, emocionais, sociais e económicas que o irão auxiliar no futuro e ter uma vida com mais qualidade. Investir na saúde dos adolescentes e no seu bem-estar trará benefícios no presente e, também, no futuro. A saúde e o bem-estar sustentam o desenvolvimento dos adolescentes, incluindo a aquisição de capacidades cognitivas e emocionais, a sua formação académica, a transição para o mercado de trabalho e a formação de relações pessoais e sociais (Patton et al., 2016).

Os autores supracitados afirmam que a melhoria que existiu na saúde infantil, extensível à educação, formação das famílias e da utilização das novas tecnologias possibilitará aos adolescentes do presente pertencerem a uma das gerações de adolescentes mais saudáveis de sempre. Contudo, é nesta etapa da vida que surgem novos e diferentes problemas de saúde, incluindo os emocionais que podem afetar o seu comportamento.

Neste sentido, conclui-se que a adolescência é uma etapa da vida em que a aquisição de conhecimentos e comportamentos mais saudáveis é fundamental, promovendo uma melhoria na vida enquanto adultos (Pires, 2018), sendo uma das etapas da vida mais importantes para a aquisição de estilos de vida saudáveis, dado que a maioria dos comportamentos adquiridos neste período de vida se perpetuam até à idade adulta (Friedrich, Polet, Schuch, Wagner, 2014).

2 – O COMPORTAMENTO ALIMENTAR

O conceito de CA é abrangente e complexo pois não se refere apenas aos alimentos ingeridos, sendo esta complexidade justificada pelos diferentes fatores que o influenciam (Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso, 2008).

O CA, para além da sua função biológica, deve ser entendido de acordo com as dimensões social, cultural, económica, ambiental, religiosa, psicológica e emocional (Oliveira, 2012), descrevendo as atitudes da pessoa perante os alimentos (Moschen, 2018). Este pode ou não ser sucessivo, ou seja, pode apresentar-se num determinado momento ou prolongar-se ao longo do tempo (Carvalho, 2012; Klotz-Silva, Prado e Seixas, 2016).

Para Fructuosa (2015), o CA refere-se à ingestão dos alimentos mas também aos fatores psicossociais relacionados com a decisão e seleção dos mesmos. Segundo Medeiros, Campos e Oliveira (2020), a interação com o alimento, a forma como a pessoa compreende as suas práticas alimentares e as associa ao meio que o rodeia constitui o CA.

Este comportamento envolve o processo de seleção dos alimentos, a frequência de ingestão e quantidade de alimentos ingerida e as sensações despertadas, incluindo as preferências alimentares, estabelecendo uma relação entre a componente biológica, psicológica, social, cultural e ambiental. A parte biológica diz respeito ao controlo dos processos metabólicos (balanço energético e controlo da adiposidade) e aos fisiológicos (fome e saciedade), coordenados pelo sistema nervoso. Dos aspetos psicológicos, destacam-se as atitudes perante os alimentos, podendo estar associadas ao meio social e familiar, envolvendo aspetos cognitivos, afetivos e motivacionais. O aspeto afetivo envolve as emoções perante os alimentos e/ou o ato de se alimentar, o cognitivo com os conhecimentos que se tem sobre os alimentos e o motivacional envolve os fatores intrínsecos e extrínsecos, considerando expetativas e esforço pessoal. Todos estes fatores, em conjunto com a personalidade, a condição de saúde, as crenças e valores interferem no CA (Mendes e Sousa, 2019).

De acordo com Viana, Candeias, Rego e Silva (2009), o CA é influenciado por fatores biológicos, psicológicos, económicos, sociais, culturais e familiares, sendo um dos aspetos do estilo de vida que maior influência exerce na saúde das pessoas. Segundo os mesmos autores, o CA está relacionado com as preferências desenvolvidas associadas às caraterísticas hedónicas do sabor dos alimentos, a fatores psicológicos, como por exemplo, as emoções relacionadas com o ato de comer e, por fim, com as atitudes aprendidas. Defendem, também, que as escolhas alimentares são determinadas por diferentes fatores, incluindo os emocionais.

O CA resulta, de uma forma geral, da interação entre o estado fisiológico, psicológico e as condições ambientais em que um indivíduo se encontra inserido (Quaioti e Almeida, 2006).

Desta forma, quando acontecem alterações significativas em algum destes estados, podem ocorrer alterações no CA (Lourenço, 2016).

Apesar de ser reconhecido que a componente fisiológica assume um importante papel no CA, os estudos realizados têm vindo a demonstrar a importância dos aspetos psicológicos, sociais e culturais nesse comportamento (Silva et al., 2008).

O CA contribui para o equilíbrio do organismo, através de um conjunto de mecanismos de regulação energética e nutricional. O ato de comer, para além de ser uma necessidade básica, pois permite fornecer ao organismo os nutrientes necessários à sobrevivência, proporciona sensações de prazer, sendo que cada pessoa é influenciada por fatores que determinam o tipo e a quantidade de alimentos necessários para se sentir saciada (Sousa, 2012).

Para Morgado (2006), o CA visa a satisfação das necessidades das pessoas, estando associado aos estilos de vida, constituindo-se como um elemento essencial da interação social. Assim, a ingestão dos alimentos é influenciada por estímulos internos e externos, considerando os fatores fisiológicos (fome e saciedade), psicológicos (estado emocional), comportamentais (preferências alimentares) e culturais (Cunha, 2008; Schomer e Kachani, 2010).

Para Santos e Ribeiro (2011), o CA assume três dimensões: afetiva, cognitiva e situacional. A componente afetiva relaciona-se com as atitudes perante os alimentos, segundo os conceitos culturais, as memórias sobre determinado alimento e as emoções despertadas. A componente cognitiva relata aquilo que se sabe sobre o alimento, podendo ser influenciado por crenças e pelo meio e a componente situacional refere-se à condição económica e social.

Aguiar, Aguiar e Guedes (2013) defendem a importância do estudo do CA para compreender os mecanismos envolvidos no mesmo, afirmando que este tem uma forte ligação com os estados fisiológicos e psicológicos e com as condições ambientais exigindo, assim, uma análise psicobiológica (Miguel, 2015). Por esta multiplicidade de fatores, as dificuldades em motivar as pessoas em modificarem o seu CA têm sido alvo de estudo pois algumas comem de forma a satisfazer as necessidades fisiológicas e outras para obter prazer, sendo o seu CA influenciado pelas emoções (Moreira e Costa, 2013).

Neste sentido, o CA tem um papel determinante para a saúde física e psicológica, sendo um elemento essencial para a qualidade de vida (Pereira, Silva e Sá, 2015), podendo ser considerado um fator de risco para o aparecimento de doenças crónicas e degenerativas ou, pelo contrário, ser um fator relevante para a promoção da saúde (Viana, 2002). Assim, a análise dos fatores relacionados com o desenvolvimento de um CA adequado ou não permitirá a identificação de fatores de risco e de proteção (Mendes e Sousa, 2019).

O CA é um componente importante pois pode afetar a saúde a longo prazo, provocando inerentes problemas de saúde e carências nutricionais, pelo que se revela importante compreender o seu conceito e o seu impacto na vida das pessoas.

2.1 – AS DIMENSÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

O vasto campo de investigação sobre os determinantes do CA indica que este é determinado por um conjunto de múltiplos fatores (genéticos, fisiológicos, psicológicos, sociais e ambientais) (Laus, Nascimento, Almeida e Costa, 2011; Miguel, 2015). Embora o CA possa parecer fisiologicamente automático e elementar está, também, associado a aspetos emocionais (Almeida, Crispim, Souza e Júnior, 2018), surgindo três dimensões do CA: a restrição cognitiva, o descontrolo alimentar e a alimentação emocional.

A literatura tem demonstrado a importância do estudo destas três dimensões do CA pois surgem associadas a diferentes problemas de saúde (Anglé, Engblom, Eriksson, Kautiainen, Saha, Lindfors, Lehtinen e Rimpelä, 2009). O mesmo é afirmado por Kruger, Bray, Beck, Conlon e Stonehouse (2016) e Moschen (2018), ao defenderem ser fundamental o estudo destas dimensões para compreender a sua influência no CA.

A restrição cognitiva diz respeito à restrição intencional da ingestão de alimentos ou calorias, para que a pessoa controle a sua imagem corporal ou impeça o ganho de peso corporal, parando de comer antes de o organismo estar completamente saciado (Dovey, 2010). Consiste numa limitação cognitiva autoimposta para controlar a ingestão dos alimentos, de forma a conseguir controlar o seu peso corporal (Pérez-Fuentes, Jurado, Linares e Ruiz, 2019).

O descontrolo alimentar acontece quando uma situação, estímulo ou objeto desvia a atenção da pessoa para uma determinada tarefa ou pensamento, gerando distração e levando-a a comer em maior quantidade (Dovey, 2010; Lourenço, 2016). Segundo Lourenço (2016), quando a pessoa come de forma impulsiva, este ato é inconsciente, não tendo em consideração as consequências da ingestão elevada de alimentos. Desta forma, come excessivamente e não necessariamente para se saciar, escolhendo alimentos com elevado valor energético (Péneau, Ménard, Méjean, Bellisle e Hercberg, 2013).

Esta dimensão do CA ocorre quando existe a perda de controlo sobre a ingestão da comida, estando associado a um maior IMC e obesidade, com escolhas alimentares menos saudáveis e uma menor autoestima (Bryant, King, Blundell, 2008; Mills e Palandra, 2008). Pode existir a influência de determinados alimentos associados aos estímulos sensoriais, potenciando este tipo de comportamento (Gilhooly, Das e Goldesn, 2007).

Para Serin e Sanlier (2018), a alimentação emocional acontece perante alterações emocionais. Nesta dimensão, a pessoa ingere os alimentos de acordo com as suas emoções, tentando melhorar ou estabilizar o seu estado emocional através da comida (Macht e Simons, 2011; Lourenço, 2016). As pessoas encaram os alimentos como algo de reparador para o seu estado emocional, independentemente do seu valor nutricional (Dovey, 2010; Lourenço, 2016).

Na alimentação emocional, a pessoa não é capaz de encontrar estratégias para lidar com as emoções que vivencia, tendo repercussões na sua alimentação (Evers, Stok e Ridder, 2010; Sanchez-Benito e Pontes, 2012). Na maioria dos estudos encontrados, constatou-se uma maior associação da alimentação emocional com emoções negativas, ou seja, verifica-se uma tendência para comer exageradamente quando a pessoa enfrenta emoções negativas (Spoor, Bekker, Strien e Van Heck, 2007; Macht e Simons, 2011; Vanstrien, Cebolla, Etchemendy, Gutiérrez-Maldonado, Ferrer-García, Botella e Baños, 2013).

Contudo, esta ideia não é defendida por todos os autores já que alguns afirmam que a alimentação emocional ocorre na presença de emoções positivas e negativas (Cardi, Leppanen e Treasure, 2015), sendo caraterizada com um dos fatores para que as dietas não sejam bem-sucedidas (Konttinen, Mannisto, Sarlio-Lahteenkorava, Silventoinen e Haukkala, 2010).

2.2 - AS EMOÇÕES E O COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Segundo a Infopédia (2021), a palavra emoção é definida como uma "reação psíquica e física (agradável ou desagradável), em face de determinada circunstância ou objeto (…)". As emoções são uma construção psicológica que resultam da interação de componentes cognitivos e fisiológicos e consistem numa resposta automática, intensa e rápida a um estímulo, podendo ser produzidas de forma consciente ou inconsciente (Magalhães, 2013).

Para Barret (2006), as emoções são experiências que englobam reações orgânicas, bioquímicas e comportamentais e são entendidas como consequências de processos psicológicos, como por exemplo, a atenção, a memória e a perceção (Pereira, Sousa, Moreira, Santos, Patrício e Bueno, 2019). Segundo Damásio (2003, 2010), as emoções são um conjunto de reações corporais, automáticas e inconscientes que surgem perante determinados estímulos do meio onde estamos inseridos, podendo ser demonstradas através de expressões faciais e mudanças corporais, sendo necessárias ao funcionamento interpessoal (Barrett, 2006).

Freitas-Magalhães (2007) afirma que as emoções têm como funções a preparação para a ação (servem de catalisador entre o meio e a conduta), proporcionam uma aprendizagem emocional que será útil para lidar com situações futuras e regulam a interação entre as pessoas.

As emoções têm um papel primordial na adaptação e integração às experiências do dia-a-dia, revestidas de uma complexidade pois variam de intensidade e dependem do estado de saúde, das crenças e valores da pessoa (Silva, 2011). Estas influenciam a qualidade de vida e os relacionamentos que cada um estabelece, podendo ser benéficas ou prejudiciais (Ekman, 2011).

A compreensão das funções das emoções permite um melhor entendimento das mesmas (Martín, 2019). Para Piqueras, Ramos, Martínez e Oblitas (2009), as emoções desempenham funções adaptativas, sociais e motivacionais. A função adaptativa permite à pessoa preparar-se para se comportar de acordo com o meio onde está inserido, dirigindo a sua conduta para atingir um determinado objetivo. O efeito das emoções pode traduzir-se tanto num bem-estar como num mal-estar psicológico, sendo um indicador do grau de adaptação da pessoa a essa emoção. Como funções sociais, as emoções facilitam a interação social, o controlo dos comportamentos dos outros, a comunicação dos estados afetivos e a promoção da conduta social. Ao nível da motivação, verifica-se uma estreita relação com as emoções, já que estas facilitam a execução do comportamento necessário perante cada situação.

Reconhece-se, assim, a importância das emoções (Lourenço, 2016) na promoção do desenvolvimento social e no estabelecimento das relações interpessoais (Vaz, 2009). Estas variam de acordo com o seu grau de intensidade, duração e complexidade, permitindo preparar o organismo para responder ao meio ambiente, face à presença de um estímulo interno ou externo, melhorando a capacidade sensorial, a tomada de decisão e a resposta comportamental e facilitando as interações sociais. Contudo, podem ser prejudiciais quando a sua intensidade ou duração não é adequada a uma situação (Gross, 2014).

A maneira como as emoções são vivenciadas difere consoante a pessoa, podendo ser encaradas como temporárias ou toleráveis, fazendo sentido o que se está a sentir ou entendidas como um sinal de fraqueza, evitando a expressão das mesmas. Esta interpretação negativa das emoções pode gerar receio das mesmas, obrigando as pessoas a encontrarem estratégias para lidarem com este receio através de comportamentos inadequados, tendo como consequência o reforço dessas mesmas emoções negativas (Leahy, Tirch e Napolitano, 2011).

A classificação das emoções não é consensual (Martín, 2019). As emoções são, geralmente, classificadas como positivas e negativas, indo ao encontro da conceptualização defendida pela maioria dos autores (Bisquerra, 2009). Segundo a Real Academia Española (2021), o conceito de emoção é definido como uma alteração do humor, de forma intensa e temporária, podendo ser positiva ou negativa.

As emoções positivas são agradáveis para a pessoa, surgindo quando esta conquista algo que pretendia, não existindo a necessidade de rever a sua conduta ou outros processos cognitivos. São essenciais para a pessoa e para o seu bem-estar físico e psicológico. A alegria, o interesse, a

felicidade, o amor, a surpresa e a satisfação são exemplos de emoções positivas (Martín, 2019). Estas exercem uma grande influência sobre o processamento cognitivo da informação, resolução de problemas e competências sociais (Barragán e Morales, 2014).

As emoções negativas são desagradáveis para a pessoa, surgindo perante uma perda, ameaça ou quando não se conquista um objetivo. Podem ser mais prolongadas no tempo, exigindo à pessoa a utilização de recursos comportamentais e cognitivos que permitam a resolução da situação ou uma adaptação à mesma. O medo, a ansiedade, a inveja, o ciúme, o desprezo, a repulsa, a vergonha e a tristeza são exemplos de emoções negativas (Martín, 2019).

Quadro 1 - Classificação das emoções

Categoria superior	Positivas		Negativas		
Categorias básicas	Amor	Alegria	Ira	Tristeza	Medo
Categorias subordinadas	Compromisso Carinho Paixão	Orgulho Satisfação	Ciúmes Hostilidade Desprezo Aborrecimento	Agonia Dor Culpa Solidão	Horror Preocupação

Fonte: Psicología-Online (2018) - *Clasificación y Características de las Emociones*

As emoções produzem alterações psíquicas e comportamentais, podendo ser classificadas como positivas (prazer, alegria) ou negativas (ansiedade, desgosto), gerando comportamentos de acordo com a forma como a pessoa vive essa emoção (Belzung, 2007).

O entendimento das emoções como sendo positivas ou negativas é fundamental para a adaptação da pessoa à vida diária. As emoções negativas, quando são muito intensas e/ou se prolongam pelo tempo, podem afetar a saúde, aumentado o risco de aparecimento de patologias (Colégio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2014).

As emoções são importantes na vida das pessoas e geri-las adequadamente permitirá conseguir um maior bem-estar e, por conseguinte, melhores níveis de saúde (Martín, 2019).

O CA permite fornecer ao organismo a quantidade de nutrientes necessários à sobrevivência da pessoa e proporcionar prazer (Ferreira, Fônseca, Santos, Araújo, Lima, Castro e Lopes, 2016), sendo regulado por diferentes mecanismos, como as emoções que podem variar entre as pessoas ou na mesma pessoa (Souza, Maciel, Freitas, Carmo, Santana, Costa e Braga, 2012). Assim, a compreensão de como as emoções influenciam o CA permitirá ajudar a encontrar um equilíbrio entre a componente emocional e a alimentar (Pereira et al., 2019).

Osdoba, Mann, Redden e Vickers (2015) referem que as emoções influenciam o CA. O mesmo é defendido por Pereira (2018:8) ao destacar que "O estado emocional de um indivíduo

pode refletir-se no seu comportamento alimentar". Esta associação é possível de ser identificada tanto em pessoas com perturbação alimentar como em pessoas sem patologias deste foro, onde apenas se verifica que as alterações emocionais podem estar associadas a um CA compensatório podendo, a longo prazo, tornar-se inadequado com consequências negativas para a sua vida (Lourenço, 2016).

Benito e Torrado (2012) afirmam que o que realmente afeta a pessoa não são propriamente as emoções mas sim como esta as vivencia e o seu impacto, sobretudo quando não consegue lidar com as mesmas, podendo surgir problemas que afetam, por exemplo, o CA.

O efeito das emoções no CA é uma área que tem sido alvo de estudo, contudo, continua a ser difícil predizer a sua interação (Macht, 2008). As emoções têm influência no CA de diferentes formas, dependendo da sua intensidade, da situação em que a pessoa se encontra e das suas caraterísticas pessoais sendo que, independentemente da direção da emoção, esta debilita os controlos cognitivos da ingestão alimentar, como por exemplo, se for uma emoção negativa, a pessoa vai ter o seu CA alterado no sentido de reaver um estado emocional positivo (Macht, 2008). De acordo com o autor supracitado, pode compreender-se a influência das emoções sobre o CA da seguinte forma: as emoções alteram a escolha dos alimentos; a interação dos hábitos alimentares e do estado emocional pode debilitar os controlos cognitivos da ingestão de alimentos; as emoções influenciam a perceção dos alimentos, aumentando-a ou diminuindo-a, de acordo com a emoção experienciada.

Neste sentido, constata-se que o CA está diretamente relacionado com as emoções pois as pessoas comem o que gostam, influenciadas pela sua cultura, vivências e emoções. Para muitas, o simples facto de pensarem num alimento desperta a lembrança de imagens, emoções, sentidos e memórias. A alimentação pode servir para aliviar e compensar sentimentos negativos, como por exemplo, tristeza, angústia, ansiedade e medo (Kaufman, 2012).

O CA é, assim, influenciado pelas emoções, visto que as escolhas alimentares, as quantidades ingeridas e a frequência das refeições dependem de diferentes fatores, sendo um deles as emoções e não apenas as necessidades fisiológicas. Este é alterado segundo as mudanças no estado emocional da pessoa, quando esta vivencia, por exemplo, emoções como ansiedade, fúria, alegria ou tristeza. Contudo, não é possível generalizar esta relação entre CA e emoções pois pode variar de acordo com as caraterísticas individuais de cada um e com a emoção que está a ser experienciada (Canetti, Bachar e Berry, 2002).

Outros autores defendem a existência desta relação entre o CA e as emoções. Segundo Weidner, Kohlmann, Dotzauer e Burns (2014), as emoções podem influenciar o CA da mesma forma que este pode determinar o estado emocional da pessoa, sendo que esta relação não é de fácil compreensão (Levitan e Davis, 2010). As emoções podem influenciar a seleção dos

alimentos e o consumo de certos alimentos pode alterar o estado emocional, verificando-se uma relação bidirecional entre si (Faria, Rinaldi, Abdala, 2015; Moschen, 2018). Desta forma, é reconhecido o impacto do estado emocional no CA (Pereira, 2018; Wehling e Lusher, 2019).

Wehling e Lusher (2019) sugerem a importância de enfatizar o papel das emoções na compreensão da relação das pessoas com os alimentos e, consequentemente, compreender os comportamentos alimentares individuais. Assim, os estados afetivos devem ser considerados no estudo e compreensão do CA (Pérez-Fuentes et al., 2019).

Existem diferentes opiniões sobre como as emoções podem influenciar o CA (Serin e Sanlier, 2018). Dada a variabilidade das emoções, nem sempre é possível prever como é que uma determinada emoção afeta o CA numa pessoa ou num grupo de pessoas. As emoções podem, por exemplo, aumentar a ingestão alimentar num grupo mas terem o efeito oposto noutro. Para além disso, diferentes emoções podem aumentar ou diminuir a ingestão alimentar dentro do mesmo grupo de pessoas (Macht, 2008). As emoções permitem motivar as pessoas para agirem e contribuem para o controlo do comportamento e a sua influência no CA tem sido reconhecida, podendo aumentar ou restringir a ingestão alimentar (Laessle e Kertz, 2018).

As emoções positivas e negativas podem variar na sua intensidade e duração e estarem relacionadas com um CA inadequado (Fortes, Filgueiras, Oliveira, Almeida e Ferreira, 2016). O CA pode variar entre as pessoas e até na mesma pessoa, dependendo do seu estado emocional (Souza, et al., 2012). Existem autores que afirmam que as emoções negativas provocam um maior aumento da ingestão emocional em comparação com estados emocionais positivos (Evers, Adriaanse, Ridder e Huberts, 2013). Noutro estudo, destacam-se as emoções positivas como tendo um efeito desencadeador no aumento da ingestão alimentar (Racine, Keel, Burt, Sisk, Neale, Boker e Klump, 2013).

Segundo Hou et al. (2013) e Andreea-Elena (2015a), existe uma associação positiva entre as alterações emocionais e o CA inadequado. Na opinião de Dovey (2010), a comida pode servir como uma forma de compensar o estado emocional que está a ser experienciado e ajudar a lidar com as emoções, tornando-se um mecanismo compensatório.

Compreender a relação entre o CA e as emoções ajudará as pessoas a aproveitarem as suas respostas emocionais perante a comida de forma a melhorarem o seu CA (Osdoba et al., 2015). Esta interação deve ser tida em conta nos programas de intervenção para a saúde, no sentido de promover uma melhor qualidade de vida (Micanti, Lasevoli, Cucciniello, Costabile, Loiarro, Pecoraro, Pasanisi, Rossetti e Galletta, 2017). Conclui-se que as emoções influenciam o CA e a capacidade para as regular e as estratégias adotadas determinarão se o CA será adequado ou não (Miguel, 2015).

3 – O COMPORTAMENTO ALIMENTAR NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência acarreta grandes transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais (Moreira, Viana, Carvalho, Frota, Sousa e Lago, 2015) que influenciam o CA dos adolescentes (Nunes e Guimarães, 2009). Sendo uma etapa marcada por este conjunto de transformações, o CA desenvolve-se de forma distinta relativamente às restantes etapas da vida, tornando-se a sua avaliação na adolescência fundamental para entender os mecanismos que podem determinar a saúde do adulto (D´avila, Cás e Mello, 2020).

O CA tem sido estudado dado o seu impacto na saúde das pessoas, principalmente em fases de crescimento, como é o caso da adolescência (Freitas e Saron, 2011). Determinadas patologias, como a obesidade e a diabetes mellitus, estão associadas a alterações no CA, sendo necessário compreendê-lo de forma a promover medidas de educação para a saúde que melhorem o CA dos adolescentes (Leitão, Pimenta, Herédia e Leal, 2013).

Como explicado anteriormente, o CA vai para além da alimentação que é praticada, englobando o estado emocional, tido como um dos fatores com maior influência.

O CA dos adolescentes é influenciado por fatores internos e externos, como por exemplo, as diferenças individuais na sensação de fome e saciedade, as escolhas alimentares, os estados emocionais e o contexto onde estão inseridos (Verbeken, Goldschmidt, Evers, Braet e Goossens, 2019). A sua compreensão é um ato complexo pois não engloba apenas fatores biológicos mas também o seu contexto psicossocial (Bittar e Soares, 2020).

A adolescência é marcada por alterações físicas, comportamentais e psicossociais, sendo a sua intensidade e diversidade, em conjunto com atitudes de rebeldia, desejo de independência e de transgressão e falta de preocupação com um futuro distante, fatores influenciadores do CA (Castro, Levy, Cardoso, Passos, Sardinha, Tavares, Dutra e Martins, 2010).

Estas alterações que os adolescentes experienciam contribuem para o aumento da sua vulnerabilidade e, consequentemente, para um CA inadequado (Andreea-Elena, 2015b; Moore, Mckone e Mendle, 2016). Ao serem considerados um grupo de maior vulnerabilidade, os adolescentes exigem uma maior atenção ao nível da componente alimentar pois a saúde na vida adulta pode ser afetada pelo CA praticado durante a adolescência (Das, Salam, Thornburg, Prentice, Campisi, Lassi, Koletzko e Bhutta, 2017).

Outros autores mencionam que esta vulnerabilidade facilita a adoção de comportamentos alimentares de risco, aumentando a probabilidade do aparecimento de transtornos alimentares (Flament, Hill, Buckholz, Henderson Tasca e Goldfield, 2012; Holm-Denoma, Hankin e Young, 2014). Verifica-se uma dualidade pois a vulnerabilidade caraterística da adolescência contrasta com o facto de esta ser uma etapa onde a preparação para um futuro mais saudável surge como

uma oportunidade, promovendo-se o desenvolvimento do CA que, uma vez estabelecido, tende a manter-se na idade adulta (Pereira, 2014).

É, também, na adolescência que se constata uma maior autonomia e independência nas escolhas alimentares. Contudo, este facto parece estar associado a um CA inadequado, ao contrário do que seria desejável, com a tendência para se manterem e agravarem ao longo da vida (Neumark-Sztainer, Wall, Larson, Eisenberg e Loth, 2011).

De acordo com Contento (2008), o CA dos adolescentes é tido como pouco saudável e para Gomes (2017), este é considerado, frequentemente, como inadequado. Segundo a WHO (2014), algumas das patologias que se verificam na idade adulta devem-se aos comportamentos de risco assumidos durante a adolescência, incluindo o alimentar.

A adolescência é uma fase crítica para o desenvolvimento de alterações do CA, constituindo uma importante altura do ciclo de vida para ser realizada uma intervenção preventiva (Levitan e Davis, 2010). Entendendo o CA inadequado como uma consequência de uma adolescência inadaptativa, é essencial a identificação dos fatores de risco (Fonseca, Mourão-Carvalhal e Coelho, 2017). Surge, assim, a necessidade de promover um CA saudável durante a adolescência através da compreensão dos fatores que o influenciam, permitindo delinear intervenções eficazes.

Neste sentido, as últimas investigações revelam a necessidade de existirem mais estudos nesta temática, sugerindo que o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde dos adolescentes exige uma compreensão dos fatores que influenciam as suas escolhas alimentares (Viana, Santos e Guimarães, 2008). O mesmo é defendido por Pereira et al. (2015:424), ao afirmarem que "Sendo escassos os estudos que se conhecem nesta área com a população adolescente, surge a necessidade de estudar e compreender os fatores que explicam as escolhas alimentares dos adolescentes".

A compreensão do CA revela-se importante pois permite a identificação de comportamentos de risco, assim como a possibilidade de promover um crescimento e desenvolvimento dos adolescentes de forma saudável (Leal, Philippi, Matsudo e Toassa, 2010). Neste sentido, é fundamental o estudo do CA na adolescência pois é marcada por um importante desenvolvimento físico e psicossocial, sendo importante compreender a influência do CA na saúde física e psicológica dos adolescentes, com vista à promoção de um CA mais saudável nesta população (Fortes, Morgado e Ferreira, 2013; Pereira, 2014).

3.1 O IMPACTO DO INGRESSO NO ENSINO SUPERIOR NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DOS ESTUDANTES

O ensino superior exige aos adolescentes uma adaptação às novas experiências e a diferentes emoções, juntamente com novos desafios académicos e pessoais (Veríssimo, Costa, Gonçalves e Araújo, 2011; Oliveira, Carlotto, Vasconcelos e Dias, 2014). Este conjunto de vivências, associado aos fatores económicos, sociais e pessoais influenciam a sua condição de saúde (Souza, 2017), aumentando a sua fragilidade, facto referido por Zazpe, Marqués, Sánchez-Tainta, Rodríguez-Mourille, Beunza, Santiago e Fernández-Montero (2013) que identificam os estudantes como o grupo da comunidade educativa mais vulnerável.

Almeida (2013) defende que a entrada no ensino superior é a etapa com maior importância na vida de um estudante. Com a transição do ensino secundário para o ensino superior, os adolescentes experienciam consideráveis mudanças nas suas vidas (Stok, Renner, Clarys, Lien, Lakerveld e Deliens, 2018). Os anos dedicados aos estudos no ensino superior são considerados como um período crítico para a formação de um CA adequado, importante para a sua saúde futura (Fochat, Paes, Raposo e Chicourel, 2016).

Esta transição é acompanhada de expectativas e mudanças, onde se incluem as alterações no CA pois os comportamentos adquiridos ao longo da infância e início da adolescência tendem a ser alterados aquando a entrada no ensino superior, tornando-se um desafio manter um CA adequado (Deliens, Clarys, Van Hecke, De Bourdeaudhuij e Deforche, 2013; Michelini, Acuña e Godoy, 2016).

O ingresso no ensino superior representa uma maior autonomia na escolha alimentar, influenciada pela exposição a novos grupos sociais e novas culturas (Sprake, Russell, Cecil, Cooper, Grabowski, Pourshahidi e Barker, 2018). Assim, os adolescentes apresentam uma maior vulnerabilidade para adotarem comportamentos de risco perante a dinâmica da vida académica e as modificações no seu estilo de vida, gerando um maior questionamento acerca dos valores, crenças e limites na influência parental (Faria, Gandolfi e Moura, 2014).

Esta nova etapa marca, muitas vezes, o afastamento do seio familiar e a necessidade de dedicar muito do seu tempo aos estudos (Dias, Brito e Costa, 2016). A mudança do local de residência e ter novas responsabilidades, incluindo a de cuidar da sua alimentação são desafios que podem surgir, promovendo modificações comportamentais nos estudantes (Cardoso, 2016). O período de ingresso no ensino superior e o ambiente aí vivido são considerados como fatores dificultadores na adoção e/ou manutenção de hábitos de vida saudáveis pois os estudantes assumem outras responsabilidades, como por exemplo, o cuidar da casa, a gestão financeira e a

confeção das refeições (Tassitano, Martins, Cabral, Mota, Tenório e Silva, 2016; Perez, Castro, Franco, Bandoni, Wolkoff, 2016).

Muitos fatores contribuem para que a transição para o ensino superior esteja associada a comportamentos menos saudáveis, como por exemplo, o deixar a casa dos pais, a adaptação social e ambiental que é exigida, assumir responsabilidades financeiras, criar novas relações sociais e académicas e compromissos que diminuem o tempo livre (Das e Evans, 2014).

O universo académico possibilita diversas mudanças na vida dos estudantes, através de novas relações sociais que estabelecem a adoção de novos comportamentos que podem ser acompanhados de alterações psicológicas e sociais. Assim, a adoção ou manutenção de hábitos saudáveis nesta fase da vida representa um passo importante na consolidação desses mesmos hábitos na idade adulta (Ramis, Mielke, Habeyche, Oliz, Azevedo e Hallal, 2012).

Este momento de transição permite que os estudantes estejam mais sujeitos a desequilíbrios emocionais (Ansari, Stock, Phillips, Mabhala, Stoate, Adetunji, Deeny, John, Davies, Parke, Hu e Snelgrove, 2011; Gambetta-Tessini, Mariño, Morgan, Evans e Anderson, 2013; Ansari, Labeeb, Moseley, Kotb e El-Houfy, 2013) e o assumir novas responsabilidades e ter um bom desempenho académico pode afetar negativamente o seu CA, sem que exista preocupação por parte dos adolescentes acerca desta modificação (Câmara e Resende, 2021).

Cada vez mais se verificam, entre os estudantes do ensino superior, comportamentos considerados de risco, incluindo o alimentar, estando também associadas as situações caraterísticas da adolescência, como as alterações biológicas, a instabilidade psicossocial e a falta de comportamentos preventivos, aumentando a sua vulnerabilidade (Joia, 2010).

Existe uma forte evidência de que esta população apresenta estilos de vida pouco saudáveis, incluindo o CA (Tanton, Dodd, Woodfield e Mabhala, 2015). Diferentes autores referem que um considerável número de estudantes do ensino superior apresenta um CA prejudicial, repercutindo-se na sua qualidade de vida (Penaforte, Matta e Japur, 2016; Bulsing, 2017). Também para Brown, O´Connor e Savaiano (2014), o ingresso no ensino superior pode gerar modificações significativas no CA dos adolescentes.

O CA inadequado pode influenciar negativamente as suas capacidades cognitivas e, consequentemente, os seus objetivos escolares (Burkhalter e Hillman, 2011). Para além disto, os adolescentes apresentam um elevado risco de assumirem comportamentos alimentares inadequados, associados a distúrbios alimentares (Quick e Byrd-Bredbenner, 2013).

É reconhecido que os estudantes do ensino superior têm dificuldade em cumprir as recomendações sobre a sua saúde quando se trata de padrões alimentares (Wald, Muennig, O´Connell e Garber, 2014) e, por isto, é fundamental transmitir informações e conhecimentos sobre o CA junto desta população (Mueller, Blondin, Korn, Bakun, Tucker e Economos, 2018).

No entanto, o fácil acesso à informação não garante que as escolhas dos adolescentes sejam as mais favoráveis para a sua saúde (Nalha, 2013), facto que marca a adolescência como um período crucial para serem promovidas medidas preventivas de saúde junto dos adolescentes (Moreno-Goméz, Romaguera-Bosch, Tauler-Riera, Bennasar-Veny, Pericas-Beltran, Martinez-Andreu e Aguilo-Pons, 2012).

As exigências que a vida académica acarreta e as novas relações sociais, em conjunto com a recém-liberdade e a responsabilidade pela seleção, compra e confeção dos alimentos podem interferir no CA e criar um impacto negativo nas escolhas alimentares. Assim, é importante o conhecimento sobre aquilo que interfere no seu CA de forma a serem criadas intervenções adequadas, melhorando as ações educativas postas em prática, tanto de caráter preventivo como também de promoção da saúde (Penaforte et al., 2016).

Salienta-se a importância de programas, dentro dos estabelecimentos de ensino superior, que visem a promoção da saúde dos estudantes e programas de saúde pública destinados a este público-alvo, com enfoque nos seus hábitos, incluindo os nutricionais para prevenir o aparecimento de doenças crónicas na vida adulta e melhorar a sua qualidade de vida (Maciel, Sonati, Modeneze, Vasconcelos e Vilarta, 2012; Loureiro, 2016).

Conclui-se que este é um período determinante na vida dos adolescentes, onde estes assumem uma maior independência nas suas decisões e deparam-se com novas exigências académicas, sendo que este conjunto de mudanças pode gerar alterações no CA.

3.2 – O COMPORTAMENTO ALIMENTAR DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR EM PORTUGAL

O ingresso no ensino superior é considerado como um momento de transição na vida dos adolescentes, associado à alteração dos estilos de vida, resultado do maior número de exigências e responsabilidades (Silva et al., 2011), aumentando a sua suscetibilidade para desenvolver hábitos alimentares inadequados (Medina, Urbano, Espinosa e López, 2020). Este acréscimo de responsabilidades e a inabilidade para lidar com estas novas exigências pode traduzir-se numa alimentação inadequada (Duarte, Almeida, Martins, 2013). Com a transição do ensino secundário para o ensino superior, os estudantes experienciam uma nova vivência, com mais liberdade, tendo que lidar com o desafio de fazerem escolhas alimentares saudáveis (Deliens, Clarys, Bourdeaudhuij e Deforche, 2014).

Os hábitos alimentares saudáveis promovem a saúde dos mais jovens e o seu desenvolvimento físico e intelectual, contribuindo para a redução do risco de doença e morte prematura por doenças não transmissíveis. Para a WHO (2016), é importante promover

conhecimentos e capacidades sobre os hábitos alimentares na adolescência, atuar sobre ambientes em que a oferta alimentar seja menos saudável, incluindo os estabelecimentos de ensino e regular os alimentos que aí são oferecidos. É fundamental reconhecer a importância de uma alimentação saudável através da realização de programas de educação alimentar no ensino superior e atividades que promovam práticas saudáveis de forma a garantir uma maior qualidade de vida (Feitosa, Dantas, Andrade-Wartha, Marcellini e Mendes-Netto, 2010).

Contrariamente ao conceito de hábito alimentar relacionado com os alimentos que são ingeridos, o CA está, também, associado ao aspeto psicológico da ingestão alimentar (Klotz-Silva et al., 2016). Tendo o presente estudo como tema o CA, é importante refletir sobre a parca informação existente em Portugal sobre o mesmo. É possível constatar-se a existência de estudos e reflexões sobre os hábitos alimentares dos estudantes, contudo, relativamente ao CA, isto não se verifica, principalmente nos que frequentam o ensino superior.

Após a pesquisa bibliográfica realizada, foi possível concluir que as principais instituições de saúde e os documentos oficiais que delas são emanados se focam nos hábitos alimentares, excluindo a componente emocional da alimentação. Disto é exemplo o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2021) que ambiciona melhorar o estado nutricional da população portuguesa, focando-se nos alimentos que são ingeridos e na sua relação com a saúde. Outro exemplo é a Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (2021) que apresenta um conjunto de cinquenta e uma medidas que pretendem promover a alimentação saudável na população portuguesa, incentivando um adequado consumo alimentar com o intuito de se conseguir uma melhoria do estado nutricional dos cidadãos, prevenindo e controlando as doenças crónicas que daí possam resultar. No Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020 (DGS, 2015b), a informação apresentada sobre o consumo alimentar pretende identificar quem se encontra em risco nutricional e no documento Portugal – Alimentação saudável em números – 2015 (DGS, 2016), são abordados os hábitos alimentares nos adolescentes com onze, treze e quinze anos.

Souza e Cadete (2017) afirmam que os adolescentes, ao realizarem as suas escolhas alimentares, são influenciados por fatores emocionais, afetivos, culturais, familiares e sociais e Penaforte et al. (2016) defendem que os estudantes do ensino superior, ao se encontrarem neste momento de transição, estão mais propensos a alterações emocionais.

Conclui-se que o CA vai para além daquilo que a pessoa ingere, sendo fortemente influenciado pelo seu estado emocional. Verificando-se o seu impacto do CA na saúde, é importante desenvolver estratégias de intervenção adequadas, tanto de caráter preventivo como de promotor da saúde. Contudo, para que isto aconteça, é necessário que se valorizem os diferentes fatores que o influenciam, incluindo os emocionais.

4 – A PROMOÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR NA ADOLESCÊNCIA

A promoção de comportamentos saudáveis durante a adolescência é fundamental para prevenir o aparecimento de doenças na vida adulta (Marques, 2017), assumindo-se, assim, como um momento da vida fundamental para promover um CA positivo (Rachmi, Jusril, Ariawan, Beal e Sutrisna, 2020).

Nem sempre as necessidades fisiológicas comandam o CA pois, por vezes, este é influenciado pelas motivações de natureza hedónica e emocional que se podem sobrepor aos mecanismos biológicos. A tomada de decisão no CA é um processo complexo, estando as emoções envolvidas nesta ação que, associadas às exigências académicas e sociais, podem afetar diretamente o CA e de forma negativa (Penaforte et al., 2016).

A vida académica está, muitas vezes, relacionada com um CA inadequado dos estudantes. Perante o tempo que estes passam nas instituições do ensino superior, o ambiente académico torna-se um local onde o desenvolvimento e implementação de políticas de saúde deve ser privilegiado de forma a ser promovida a sua saúde, incluindo a componente alimentar. Destas políticas para promover um CA adequado devem constar intervenções para modificar as práticas alimentares e aumentar o acesso a alimentos saudáveis nos espaços do ensino superior (Bernardo, Jomori, Fernandes e Proença, 2017).

Os estabelecimentos de ensino são um local privilegiado para promover a educação alimentar dos adolescentes pois é onde se encontra um elevado número dos mesmos, estando em fase de formação e mais predispostos à aprendizagem, permitindo a aquisição de hábitos e a assimilação de conhecimentos (Alves, 2014). Devem reconhecer o seu papel na promoção de um CA saudável junto dos estudantes e serem dos principais interessados em proporcionar um ambiente saudável para os mesmos (Sogari, Velez-Argumedo, Gómez e Mora, 2018).

A promoção da saúde nestes estabelecimentos é muito importante para a construção de saberes e de práticas que melhorem a qualidade de vida dos estudantes, reduzindo a probabilidade de doenças e, consequentemente, de gastos na área da saúde. Orientam para a prática de condutas saudáveis, educando para além dos saberes curriculares convencionais e reconhecê-los como um espaço para a formação de comportamentos de saúde adequados permite instituir temas sobre saúde nos currículos académicos (Medeiros et al., 2020).

O enfermeiro detém habilidades que promovam a mudança de comportamentos de saúde e de estilos de vida (Pender e Murdaugh, 2015). Rosa, Oliveira, Campos, Andrade e Adão (2017) afirmam que o enfermeiro assume um papel importante na promoção da saúde pois a sua formação

académica e as competências técnicas que desenvolveu permitem-lhe participar no planeamento em saúde e encontrar alternativas para a melhoria da saúde das pessoas.

Os estabelecimentos de ensino representam um campo de atuação para o enfermeiro, atuando ao nível da promoção da saúde, através de ações e debates e fortalecendo a relação entre os profissionais de saúde e de educação (Rasche e Santos, 2013). O enfermeiro deve atuar como agente facilitador na promoção de mudanças comportamentais desejáveis para a saúde, promovendo o desenvolvimento e/ou reforço das capacidades para as pessoas se autocuidarem (Cavalcante, Coelho, Almeida, Silva, Alcântara, Rocha, Sampaio e Santana, 2020).

4.1 – O PAPEL DOS ESTABELECIMENTOS DE ENSINO SUPERIOR

Os estudantes do ensino superior constituem um grupo numeroso que pode ser alvo de intervenções que previnam um conjunto de problemas de saúde (Neslisah e Emine, 2011). Está demonstrado que a vida académica é caraterizada por diversas mudanças comportamentais, (Peltzer, Pengpid e Mohan, 2014), podendo promover uma influência negativa nos seus comportamentos, incluindo o alimentar (Mendes e Sousa, 2019).

Os estabelecimentos de ensino são um espaço privilegiado para a construção e consolidação de práticas saudáveis, onde estão inseridas diferentes dimensões, nomeadamente, o ensino, as relações com os outros, o ambiente físico e as emoções (Yokota, Vasconcelos, Pinheiro, Schimtz, Coitinho e Rodrigues, 2010).

Segundo Gonçalves, Pereira e Rodrigues (2012), estes estabelecimentos devem ser vistos como um espaço promotor da saúde pois conhecer os fatores influenciadores da saúde dos adolescentes é essencial para o desenvolvimento de ações promotoras de saúde. Assim, os estabelecimentos de ensino e os agentes educativos assumem um papel importante na promoção de estilos de vida saudáveis, incluindo o CA. Para Rosa et al. (2017:362), os estabelecimentos de ensino são “um ambiente favorável, de aquisição de saber, criação de novos hábitos (…)”.

A aprendizagem do CA decorre, na maioria das vezes, através da exposição aos alimentos e às suas formas de confeção, defendendo-se que o contexto escolar deve incentivar à prática de uma alimentação saudável (Zancul, Precioso e Alves, 2017). Os mesmos autores afirmam que a alimentação contribui para a construção da identidade da pessoa, vivendo-se momentos marcados tanto pelo excesso como por privações alimentares.

Os estabelecimentos de ensino devem ser um veículo na prevenção de um inadequado CA, desenvolvendo um trabalho junto dos adolescentes sobre educação alimentar. Destaca-se o seu papel, cada vez mais importante, na construção de um CA saudável, proporcionando

atividades que permitam a discussão sobre o mesmo e sobre as suas consequências na saúde (Ochsenhofer, Quintella, Silva, Nascimento, Ruga, Philippi e Szarfarc, 2006).

Para Silva, Sousa, Melo, Cardoso, Martins e Sousa (2015:9), "a escola sendo o contexto privilegiado de contacto direto com a maioria dos jovens no contexto escolar é o elemento basilar na promoção de padrões de comportamentos saudáveis ao longo da vida". Existe, assim, uma relação recíproca entre saúde e ensino pois a saúde influencia a aprendizagem e esta, por sua vez, influencia a saúde, sendo importante que as instituições do ensino superior promovam o conhecimento sobre o CA adequado (Mueller et al., 2018).

Os estabelecimentos de ensino contribuem para a convivência e interação social dado o número considerável de horas que os adolescentes aí passam, tornando-se um espaço ideal para a reflexão sobre os problemas de saúde relacionados com um CA inadequado (Dantas, Machado, Marinho, Silva, Alencar e Barbosa, 2010; Gabriel, Ricardo, Vasconcelos, Corso, Assis e Di Pietro, 2011; Moraes e Dias, 2012; Momm e Hofelmann, 2014; Silva 2015; Silva, Frazão, Osório e Vasconcelos, 2015).

A saúde, da mesma forma que as outras ciências, deve ser ensinada nos estabelecimentos de ensino, sendo que as aprendizagens devem permitir aos estudantes desenvolver um espírito crítico que lhes permita decidir de forma informada e consciente sobre os comportamentos que devem adotar (Rocha, Correia, Pestana, Bento, Preto e Lobão, 2011). Para os mesmos autores (2011:97):

> (…) a escola constitui-se como o espaço ideal seguro e facilitador, para a adoção de comportamentos saudáveis e conscientes, encontrando-se numa posição de excelência para promover a saúde da comunidade educativa (…) o que contribuirá para ganhos em saúde da população, a médio e longo prazo.

Os estabelecimentos de ensino são um dos principais locais para se realizarem ações de educação para a saúde (Guerra, Silveira e Salvador, 2016). Representam um espaço adequado para a realização de atividades para a educação para a saúde no âmbito do CA pois são neles que se reúnem os adolescentes juntamente com a restante comunidade educativa, responsável pela sua educação e construção de valores pessoais e crenças mas, também, porque fornece parte da alimentação diária (Nalha, 2013). Assim, a aquisição de comportamentos saudáveis neste grupo populacional deve ser uma prioridade para o setor da educação, principalmente para os estabelecimentos de ensino (Guimarães, Langer, Guerra-Júnior e Gonçalves, 2015).

As instituições do ensino superior devem entender o seu papel no CA dos estudantes e demonstrarem interesse em criar um ambiente saudável (Sogari et al., 2018), assumindo o seu papel de educadores e promover a mudança de comportamentos (Moraes e Dias, 2012).

Os estabelecimentos de ensino são um espaço socialmente reconhecido para a construção de valores e crenças, interferindo na saúde dos seus estudantes. A intervenção em contexto escolar preconiza a obtenção de ganhos em saúde através da promoção de contextos escolares favoráveis à saúde (Vieira, Gaspar, Galante e Nóbrega, 2018), tornando-se preditores da saúde dos adolescentes (Viner, Ozer, Denny, Marmot, Resnick, Fatusi e Currie, 2012; Camozzi, Monego, Menezes e Silva, 2015).

Promover o desenvolvimento de competências para a gestão da saúde, enquanto fator de proteção, é umas das responsabilidades dos estabelecimentos de ensino (DGS, 2014). Assim, os estabelecimentos de ensino superior devem atuar de forma a influenciar positivamente a saúde dos seus estudantes (Marques, 2017; Lopes, Paiva, Lima, Cruz, Rodrigues e Carvalho, 2017).

A aquisição de comportamentos saudáveis na adolescência é uma prioridade para o setor educacional, incluindo os estabelecimentos de ensino, por se constituírem como espaços privilegiados para a elaboração de programas de intervenção dirigidos à saúde dos adolescentes. Isto acontece na medida em que é neles que os adolescentes se reúnem durante uma grande parte do seu tempo e estão mais propensos a assimilarem informações, agrupando um elevado número de estudantes que podem receber o mesmo incentivo simultaneamente.

Conclui-se que os estabelecimentos de ensino desempenham um papel fundamental junto dos estudantes na aquisição de atitudes e conhecimentos relacionados com a promoção da saúde e prevenção da doença. Devem ser reconhecidos como espaços fundamentais para a formação dos seus estudantes, através da construção de valores e da influência que exercem sobre os comportamentos que têm impacto na sua saúde.

4.2 – O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

A enfermagem apresenta-se como a profissão do cuidar, considerando a pessoa no seu todo, respeitando a sua componente biológica, psicológica, social, cultural e espiritual. O enfermeiro deve prestar cuidados à pessoa ao longo das diferentes etapas da sua vida e nos diferentes contextos em que se encontra inserida, através da promoção da saúde e da prevenção da doença (Lucas, 2014).

De acordo com o Regulamento n.º428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública são:

a) Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;

b) Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

c) Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

d) Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública deve promover o desenvolvimento das pessoas e incentivar a sua participação nos cuidados de saúde, tendo um papel fundamental no seu processo de capacitação e na promoção da sua saúde, através da modificação de comportamentos. Ao ter um contacto mais próximo junto das pessoas e da comunidade, possui uma posição privilegiada para promover a saúde das mesmas, capacitando-as de conhecimentos e ferramentas que lhes permitam obter ganhos em saúde.

A educação para a saúde engloba um conjunto de informações, transmitidas através de diferentes mecanismos, de forma a motivar as pessoas a alcançarem um melhor nível de saúde, fornecendo-lhes ferramentas que lhes permitam tomar decisões acertadas relativamente à sua saúde (WHO, 2013). Para Marques (2017), a educação para a saúde é fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença através da promoção de comportamentos de vida saudáveis.

A educação em saúde é um fator essencial para que as informações façam parte do senso comum dos estudantes. A enfermagem encara a ação educativa como uma das suas principais formas de atuação, promovendo benefícios individuais e coletivos, tornando os estudantes mais autónomos e capazes de fazer escolhas mais saudáveis (Figueiredo, Miranda, Teles, Silva, Montalvão, Eulálio e Silva, 2016). Segundo o estudo realizado por estes autores, é reconhecida a importância da educação para a saúde no contexto escolar, também relacionada com a falta de informação que, por vezes, se verifica em casa, junto da família.

A educação para a saúde no contexto escolar implica estratégias de ensino e aprendizagens que proporcionem aos estudantes a possibilidade de adquirirem conhecimentos e competências que os ajudem a tomar decisões promotoras da sua saúde (Silva et al., 2015).

Segundo a WHO (2012), as intervenções que se baseiam somente na educação para a saúde e centradas nos comportamentos alimentares saudáveis têm sido insuficientes, sendo essencial reforçar o estudo dos fatores que influenciam o CA dos adolescentes de forma a serem desenvolvidas intervenções mais eficazes na promoção da saúde e na prevenção da doença associadas ao seu CA. Para Magalhães (2011), conhecer os fatores que têm impacto no CA é fundamental para que o enfermeiro possa desenvolver estratégias de educação eficazes.

O enfermeiro possui uma relação privilegiada com as pessoas, sendo um elemento chave na deteção precoce de situações que possam afetar negativamente a sua saúde (Mendes, 2011). Para além disso, o compromisso em alterar um determinado comportamento pode ser influenciado pela informação obtida por um enfermeiro (Miguel, 2015).

Este deve desenvolver uma ação conjunta com os profissionais da comunidade escolar para promoverem ambientes e estratégias propícios à promoção de hábitos alimentares saudáveis nos estudantes (Gabriel et al., 2011). O desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis na adolescência irá traduzir-se em hábitos alimentares saudáveis na vida adulta, tendo a enfermagem um papel de intermediador deste processo (Silva, Teixeira e Ferreira, 2014).

Para que isto aconteça, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública deve ajudar os adolescentes a adotarem bons hábitos alimentares que contribuam para a promoção do seu bem-estar físico, psicológico e social, numa perspetiva holística dos cuidados. Sendo uma etapa da vida de maior vulnerabilidade, é importante que este os ajude a lidar com os problemas que possam causar danos à sua saúde.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública pode desenvolver a sua ação no sentido de identificar as suas necessidades de saúde, planear, desenvolver e avaliar intervenções que contribuam para a adoção de estilos de vida e que promovam a qualidade de vida e, consequentemente, que permitam ganhos em saúde. Ao deter competências essenciais para responder às necessidades dos adolescentes, proporcionará oportunidades para que estes adquiram conhecimentos e habilidades que lhes permitam a tomada de decisões promotoras de saúde (Silva et al., 2015).

Considerando os efeitos prejudiciais de um CA inadequado, é importante investir na promoção da saúde e incentivar a elaboração de programas de educação nutricional em estudantes do ensino superior (Lira, Paixão, Lima, Holanda, Costa, Barboza, Coelho e Canabrava, 2020). Atuar nos estabelecimentos de ensino é importante já que são um local onde os estudantes se encontram disponíveis para aprender, facilitando a realização de intervenções de promoção de saúde alimentar pois são um espaço onde os adolescentes passam uma grande parte do seu dia e onde fazem algumas refeições. É, assim, um local onde é possível promover a adoção de melhores escolhas alimentares (Santos et al., 2018).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública deve atuar, conjuntamente com os estudantes, no sentido de identificar as suas necessidades de saúde e os comportamentos de risco e conhecer os recursos disponíveis para promover uma mudança positiva acerca desses comportamentos (Marques, 2017).

O enfermeiro possui o saber em educação em saúde, promovendo a adoção de comportamentos saudáveis, preparando os adolescentes para se tornarem adultos mais saudáveis, através de uma responsabilidade individual e coletiva. A sua intervenção passa por um conjunto de atividades, desde o diagnóstico de situações de risco e planificação de intervenções de enfermagem. A sua formação académica atribuiu-lhe competências que lhe permitem atuar nas escolas pois, para além do conhecimento científico, detém uma faceta de educador. Pode, através do seu trabalho, capacitar a comunidade educativa para os temas relacionados com a saúde, promover o autocuidado, prevenir comportamentos de risco, incluindo os alimentares e encaminhar para os serviços de saúde adequados quando a situação assim o exige (Rosa et al., 2017).

Os adolescentes que tiverem um acompanhamento adequado no seu CA poderão ser adultos mais sadios, reforçando, assim, a atuação do profissional de saúde quanto à prevenção de riscos e promoção da saúde. Contudo, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública pode deparar-se com um desafio pois os adolescentes não são utentes frequentadores assíduos das unidades de saúde.

Neste sentido, é importante que o enfermeiro se aproxime dos adolescentes, implementando estratégias em locais que habitualmente frequentam, incluindo os estabelecimentos de ensino (Gomes e Horta, 2010). Assim, "o elo entre saúde e educação é visto como necessário, potencializador e fundamental" (Gomes e Horta, 2010:487). A avaliação e acompanhamento dos seus comportamentos de saúde é importante para a delineação de estratégias preventivas (Campos, Isensse, Rucker e Bottan, 2016).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, inserido no ambiente escolar, consegue compreender de uma forma mais detalhada a realidade vivida por esta população e desenvolver ações de acordo com as suas reais necessidades. A promoção da saúde nos estabelecimentos de ensino permite despertar nos adolescentes a consciência de que a sua saúde depende, também, das decisões que tomam (Beserra et al., 2011).

É da responsabilidade do enfermeiro promover o desenvolvimento de competências nos adolescentes, de forma a que estes desenvolvam capacidades na tomada de decisão no âmbito da saúde, reconhecendo-se, assim, este profissional de saúde como elemento fundamental para a melhoria da saúde dos estudantes. Este deve ser reconhecido como elemento de referência ao criar uma relação de confiança com os estudantes, potenciando o seu desenvolvimento e aprendizagem para melhores resultados em saúde (Vieira et al., 2018)

O enfermeiro tem como principais objetivos a promoção da saúde e a prevenção da doença. Inserindo estes objetivos no espaço escolar, tem um papel privilegiado podendo trabalhar

diversas temáticas junto dos adolescentes, orientando-os sobre os comportamentos mais adequados e desempenhar a função de educador para a saúde. A sua presença é essencial visto que é neste período que se verifica a formação física e intelectual dos adolescentes e a falta de informação pode trazer consequências negativas para o seu futuro enquanto adultos (Silva, Reis e Greiner, 2016).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020 (DGS, 2015b), a adolescência é uma das etapas da vida onde a aquisição de comportamentos saudáveis é mais importante. A saúde dos adolescentes é importante segundo uma perspetiva a longo prazo ao nível da saúde pública pois se estes forem saudáveis no presente tornar-se-ão, também, adultos saudáveis. Capacitá-los com ferramentas que os ajudem a tomar decisões para a evicção de comportamentos de risco é fundamental para a sua saúde (WHO, 2014).

Torna-se necessário desenvolver e implementar programas que previnam e/ou modifiquem os hábitos alimentares inadequados dos estudantes universitários (Deliens et al., 2014). Os mesmos autores recomendam que as instituições do ensino superior promovam a divulgação de informação; aconselhem sobre escolhas alimentares saudáveis; incentivem à autodisciplina, autocontrolo e ao desenvolvimento de competências na gestão do tempo; promovam o apoio social e que forneçam uma alimentação saudável e equilibrada.

Promover a alteração de comportamentos é uma tarefa complexa, exigindo um estudo sobre o que se quer modificar bem como investir na formação do profissional de saúde, sendo necessário definir e aplicar intervenções diferenciadas. Para a promoção de um CA adequado, é importante ir para além do aspeto prático da ingestão alimentar e atuar no campo educacional (Vaz e Bennemann, 2014), sendo a compreensão dos fatores geradores de um CA inadequado fundamental para o enfermeiro (Fortes et al., 2013).

Dado que o CA é influenciado por fatores fisiológicos, sociais e emocionais, é necessário que a atuação seja no sentido de motivar a pessoa no processo de mudança do CA (Alvarenga, Figueiredo, Timerman e Antonaccio, 2015). Isto exigirá ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública uma atuação mais abrangente. Compreender as alterações do CA contribui para a implementação de intervenções nutricionais e para ensinar os adolescentes a adotarem comportamentos saudáveis (Silva, Jordani, Guimarães, Alves, Braga e Luz, 2020).

A intervenção em meio escolar é importante e deve desenvolver as competências individuais, sociais e emocionais dos estudantes, capacitando-os para a gestão da sua saúde, tendo em conta, assim, uma perspetiva holística dos mesmos (Silva et al., 2015). O meio escolar é reconhecido como um local privilegiado para a realização de múltiplas aprendizagens, acreditando-se que a presença do enfermeiro seja primordial no processo de aquisição de estilos

de vida saudáveis, sendo que a sua intervenção específica junto desta comunidade pode representar uma mais-valia em saúde. Estes espaços devem ser considerados como um local de intervenção por parte dos profissionais de saúde, tendo a sua intervenção a finalidade de promover e recuperar a saúde dos estudantes o mais precocemente possível (Barbosa, 2013).

As intervenções de enfermagem devem promover o conhecimento, através do processo de capacitação, incentivando a mudanças salutares (Machado, Jerónimo e Godinho, 2015). Desta forma, os adolescentes devem participar neste processo de capacitação de forma a serem capazes de reconhecer os fatores determinantes para a sua saúde, sendo necessário propor atividades que captem o seu interesse e motivem para a sua participação (Freire, 2011).

PARTE 2 – ESTUDO EMPÍRICO

A metodologia é fundamental no processo de elaboração de um trabalho de investigação pois é necessário nomear quais as atividades para a concretização do mesmo, permitindo determinar a forma de proceder para realizar a investigação e, assim, atingir um resultado. A sua escolha resulta da decisão do investigador, do conhecimento que este possui acerca do tema e da área que será alvo de estudo (Fortin, 2009).

A descrição da metodologia é essencial num trabalho de investigação, funcionando como linha condutora para o investigador, que assim poderá compreender melhor as diferentes etapas que constituem este processo.

Nesta parte, será abordada a metodologia utilizada, dando a conhecer o tipo de estudo, as questões e os objetivos de investigação, as variáveis e a sua operacionalização, a população e a amostra selecionada bem como o instrumento de recolha de dados. Por último, serão apresentados os procedimentos éticos e legais tidos em consideração na recolha de dados e as estratégias usadas no tratamento estatístico.

1 – METODOLOGIA

Para Fortin (2009), o ponto de partida de uma investigação é uma situação que desperta interesse ou inquietação no investigador, relacionado com a sua profissão. Delimitar o tema a investigar é fundamental no processo de obtenção de conhecimentos, permitindo definir o campo de interesse, especificar o que se pretende alcançar e determinar os seus limites (Vilelas, 2017).

1.1 – FINALIDADES E OBJETIVOS

Sendo a adolescência um período onde se verificam necessidades nutricionais mais exigentes, o CA tem um papel fundamental pois irá delimitar condições favoráveis ou não ao crescimento e desenvolvimento dos adolescentes (Silva et al., 2014).

O CA envolve todos os aspetos da pessoa, nomeadamente os psicológicos, os fisiológicos e os relacionados com o meio onde cada uma está inserida, englobando o conjunto de conceitos e afetos que regulam a conduta alimentar (Silva e Martins, 2017; Gameiro, 2018; Ferreira et al., 2018), a frequência das refeições, a quantidade e o tipo de alimentos e a atitude perante as refeições (Almeida, Nascimento e Laus, 2013; Abdella, Farssi, Broom, Hadden e Dalton, 2019).

Embora possa parecer fisiologicamente automático e elementar está, também, associado a aspetos emocionais (Almeida et al., 2018).

Com o ingresso no ensino superior, os adolescentes vivem novas experiências e sofrem alterações no seu quotidiano, para as quais podem não estar preparados. As novas exigências vividas estão associadas a novas responsabilidades que podem modificar os seus comportamentos, incluindo o alimentar.

Apesar da diversidade de estudos sobre os comportamentos alimentares dos adolescentes, o mesmo não acontece quando se pretende compreender quais os fatores que influenciam as suas escolhas alimentares (Contento, Williams, Michela e Franklin, 2006).

Neste sentido, as investigações mais recentes demonstram que para que sejam definidas estratégias de prevenção da doença e promoção da saúde dos adolescentes é necessária a realização de estudos nesta área, permitindo uma melhor compreensão dos fatores que influenciam o CA (Sloan, Legrand e Chen, 2008; Viana et al., 2008).

Perante esta escassez de estudos, justifica-se a necessidade de estudar e compreender os fatores influenciadores das escolhas alimentares dos adolescentes (Pereira et al., 2015).

Considera-se este tema de interesse para a enfermagem, nomeadamente na área da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, sendo que a realização deste estudo irá

contribuir para uma melhor compreensão da influência do estado emocional no CA e, consequentemente, para a prevenção e promoção da saúde dos adolescentes. O papel dos estabelecimentos de ensino superior na formação pessoal e profissional dos estudantes é, também, do interesse para a enfermagem pois trata-se de um contexto privilegiado para a sua atuação.

Assim, as questões de investigação do presente estudo são:

1. Como se carateriza o CA dos estudantes do primeiro ano dos cursos de licenciatura de um instituto politécnico do interior do país?
2. Qual a associação entre o CA dos estudantes do primeiro ano dos cursos de licenciatura de um instituto politécnico do interior do país e a sua idade, sexo, IMC, curso de licenciatura e respetiva unidade orgânica?

Para dar resposta às questões supracitadas, propuseram-se os seguintes objetivos:

1. Caraterizar o CA dos estudantes do primeiro ano dos cursos de licenciatura de um instituto politécnico do interior do país;
2. Analisar a associação entre o CA dos estudantes do primeiro ano dos cursos de licenciatura de um instituto politécnico do interior do país e a sua idade, sexo, IMC, curso de licenciatura e unidade orgânica.

Com a elaboração deste estudo pretende-se obter conhecimentos e analisar o CA dos estudantes de formar a propor um conjunto de intervenções e estratégias promotoras de um CA mais salutar. Contribuirá, ainda, para sensibilizar o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública para a importância do CA na vida dos estudantes, influenciando a sua prestação de cuidados, de forma a garantir ganhos em saúde.

1.2 – TIPO DE ESTUDO

Segundo Fortin (2009), o desenho de investigação consiste num plano de trabalho que permite explorar as questões de investigação definidas, auxiliando o investigador na planificação e realização do seu estudo, tendo em vista os objetivos delineados e o tipo de análise que se pretende fazer com as variáveis.

Este é um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal.

De acordo com Fortin (2009:27), o estudo quantitativo é caraterizado "(…)pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras

populações ou contextos". Visa explicar um acontecimento através da medida das variáveis e pela análise de dados numéricos (Fortin, 2009).

Um estudo descritivo-correlacional explora e descreve relações entre as variáveis (Fortin, 2009). Neste caso, é efetuada uma exploração do conceito do CA e da sua relação com a idade, o sexo, o IMC, o curso de licenciatura e a respetiva unidade orgânica.

Relativamente à dimensão temporal, é um estudo transversal, uma vez que se pretende medir um acontecimento numa população, num momento preciso (Fortin, 2009).

1.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população consiste num grupo de elementos, com caraterísticas comuns e a população-alvo é o conjunto de pessoas que cumprem os critérios de inclusão para o estudo, previamente definidos e que será objeto de estudo. É a partir da população-alvo que serão feitas as generalizações após os resultados obtidos (Fortin, 2009).

A amostra é extraída da população e pretende ser representativa da mesma, ou seja, certas particularidades da população devem estar presentes em todos os elementos da amostra (Fortin, 2009). Para Vilelas (2017), uma amostra deve permitir que se obtenham conclusões semelhantes às que seriam alcançadas se fosse estudada toda a população.

Neste estudo, a população é constituída pelos estudantes do primeiro ano dos cursos de licenciatura de um instituto politécnico do interior do país.

Foram selecionados 479 estudantes que cumpriam os critérios de inclusão, tendo sido obtido o preenchimento de 231 questionários, correspondendo a uma taxa de resposta de 48%. De referir que nenhum dos questionários foi eliminado por erros no seu preenchimento. A amostra foi selecionada por um método de amostragem não probabilística por conveniência.

Os critérios de inclusão permitem definir as caraterísticas que devem estar presentes nos elementos que constituem a população, ao contrário dos critérios de exclusão que determinam os elementos que não podem constar na amostra (Fortin, 2009).

Os critérios de inclusão definidos para o presente estudo são:

1. Frequentar o primeiro ano dos cursos de licenciatura de um instituto politécnico do interior do país;
2. Ter 18 e 19 anos de idade;
3. Aceitar participar voluntariamente no estudo.

1.4 – VARIÁVEIS

As variáveis são as unidades de base da investigação, às quais se atribuem valores, sendo classificadas de acordo com a função que exercem, podendo ser dependentes e independentes. A variável dependente é a que sofre influência da variável independente e esta, por sua vez, produz um efeito na variável dependente (Fortin, 2009).

A operacionalização das variáveis descreve os procedimentos a aplicar para a sua medição (Fortin, 2009). Segundo Vilelas (2017:138), "Definir operacionalmente uma variável é torná-la possível de observação e de mensuração".

A análise das relações e eventuais associações existentes entre as variáveis contribuiu para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo e para a exploração e descrição das mesmas (Fortin, 2009).

Neste estudo, a variável dependente é o CA e as independentes são a idade, o sexo, o IMC, o curso de licenciatura e a unidade orgânica.

Variável dependente:

- **Comportamento alimentar**

Consiste na atitude individual e a relação que a pessoa tem relativamente à ingestão de alimentos e à comida (Rebelo, 2018).

A operacionalização desta variável foi efetuada através da aplicação do TFEQ-R21, validado para a população portuguesa por Duarte et al. (2018). Este questionário é constituído por vinte e uma perguntas de resposta fechada, permitindo a avaliação das seguintes dimensões do CA: a restrição cognitiva, o descontrolo alimentar e a alimentação emocional.

Variáveis independentes:

- **Idade**

Tempo decorrido desde o nascimento (Priberam, 2021).

A avaliação desta variável foi concretizada através de uma pergunta de resposta aberta.

- **Sexo**

Conjunto de caraterísticas físicas e funcionais que permitem a distinção entre macho e fêmea (Cruz, 2011).

Para avaliar esta variável, foi elaborada uma pergunta dicotómica com as opções de resposta masculino e feminino.

- **IMC**

Medida que indica o estado nutricional da pessoa. O cálculo desta variável foi efetuado através da divisão do peso corporal pelo quadrado da sua altura (DGS, 2015b).

O peso corporal resulta da soma de todos os compartimentos corporais, músculos, tecido adiposo, água e ossos. É uma medida de fácil avaliação e interpretação, contribuindo para a avaliação do estado nutricional da pessoa. A altura corresponde à medida entre o vértex (ponto acima da cabeça, no plano medianosagital) e o plano de referência do solo, mantendo a atitude antropométrica estável (Martins, 2009; Freitas, 2016). Os seus valores apresentam-se, respetivamente, em quilogramas (kg) e em metros (m).

A operacionalização desta variável foi feita através de duas perguntas abertas em que cada estudante registou o valor do seu peso corporal e altura.

A sua categorização foi feita segundo as recomendações da WHO (2021), sendo apresentada de acordo com os seguintes intervalos:

- Baixo peso (<18,5)
- Peso normal (18,5 – 24,9)
- Pré-obesidade (25,0-29,9)
- Obesidade classe I (30,0-34,9)
- Obesidade classe II (35,0 – 39,9)
- Obesidade classe III (≥40)

O IMC foi desenvolvido como indicador do risco, sendo que quanto maior o seu valor, maior o risco para o aparecimento de determinadas patologias. Morte prematura, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, neoplasias e diabetes mellitus são patologias associadas ao excesso de peso e à obesidade (WHO, 2021).

Para Machado (2010), o IMC é um indicador antropométrico frequentemente utilizado na avaliação do estado nutricional por ser de fácil aplicação, implicar um baixo custo e ser aceite internacionalmente. O IMC é recomendado para a identificação de distúrbios nutricionais em adolescentes (Moschen, 2018).

- **Curso de Licenciatura e Unidade Orgânica**

A operacionalização destas variáveis foi efetuada através de uma pergunta de resposta aberta, definindo-se para o efeito como opções de resposta os cursos existentes em cada unidade orgânica no ano letivo de 2020/2021.

O instituto politécnico em estudo é constituído por quatro unidades orgânicas: Escola Superior de Educação, Comunicação e Desporto (ESECD), Escola Superior de Tecnologia e Gestão (ESTG), Escola Superior de Saúde (ESS) e Escola Superior de Turismo e Hotelaria (ESTH).

A ESECD tem como oferta formativa os seguintes cursos de licenciatura: Animação Sociocultural, Comunicação e Relações Públicas, Comunicação Multimédia, Desporto, Desporto, Condição Física e Saúde e Educação Básica.

Os cursos de licenciatura da ESTG são Contabilidade, Design de Equipamento, Energia e Ambiente, Engenharia Civil, Engenharia Informática, Engenharia Topográfica, Gestão, Gestão de Recursos Humanos, Marketing e Mecânica e Informática Industrial.

A ESS tem como oferta formativa os cursos de licenciatura de Enfermagem, Farmácia e Biotecnologia Medicinal.

A ESTH contempla os cursos de licenciatura de Gestão Hoteleira, Restauração e Catering e, por fim, Turismo e Lazer.

1.5 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O tipo de instrumento de recolha de dados selecionado depende do nível de investigação e deve ter em conta os objetivos do estudo, as suas questões de investigação ou as suas hipóteses (Fortin, 2009). O instrumento de recolha de dados apresenta-se como o recurso que o investigador utiliza para conhecer os fenómenos e deles obter a informação necessária (Vilelas, 2017).

O questionário exige que os participantes respondam por escrito às questões colocadas e pode ser distribuído a grupos de qualquer dimensão, preenchidos pelos próprios, sem a necessidade da presença do investigador e enviados por correio ou pela Internet (Fortin, 2009).

O questionário é de natureza impessoal, com uma apresentação uniformizada, a ordem das questões é igual para todos os participantes, assegurando-se a fidelidade nas respostas e na análise dos resultados obtidos. O anonimato das respostas aumenta a segurança junto dos participantes, levando-os a exprimir de forma mais sincera as suas opiniões (Fortin, 2009).

Para a recolha de dados, foi aplicado um questionário de autopreenchimento *online* (Apêndice A), enviado a todos os estudantes do primeiro ano dos cursos de licenciatura do instituto politécnico superior selecionados para o estudo que cumpriam os critérios de inclusão, através de correio eletrónico. A sua elaboração foi realizada na plataforma *Google Forms*.

O envio do questionário por correio eletrónico foi uma mais-valia perante a situação pandémica vivida no decorrer da elaboração do presente estudo, para além de se ter constituído como um instrumento menos dispendioso. Como desvantagens, não foi possível o controlo das condições em que foi preenchido nem a avaliação dos dados antropométricos (peso corporal e altura) pela equipa de investigação.

O questionário inicia-se com uma breve introdução na qual são mencionados os objetivos do trabalho, a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos e a apresentação das professoras orientadoras do estudo.

Este é constituído por três partes e acompanhado pelo consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice B). A primeira parte do questionário é constituída pela caraterização sociodemográfica dos estudantes (sexo, idade e curso de licenciatura) e a segunda pelos seus dados antropométricos (peso corporal e altura) que permitiram o cálculo do IMC. A terceira parte contempla a avaliação do CA, através do TFEQ – R21.

O TFEQ foi desenvolvido por Stunkard e Messick, em 1985, inicialmente constituído por cinquenta e um itens que permitiam a avaliação de três tipos de CA, nomeadamente, a restrição cognitiva, a desinibição alimentar e a fome, em adultos obesos (Moschen, 2018). Apesar de ter sido desenvolvido para a análise do CA de pessoas obesas, estudos mais recentes comprovaram a sua validade em populações eutróficas (Natacci e Júnior, 2011; Mendes e Sousa, 2019).

Posteriormente, foram realizadas duas revisões do questionário, apresentando um menor número de itens, nomeadamente o TFEQ-R18 com dezoito itens e o TFEQ-R21 com vinte e um itens (Fructuosa, 2015).

O TFEQ-R21 permite avaliar a condição mental adotada pelas pessoas em relação ao alimento (Xavier et al., 2020).

Para a população portuguesa, o TFEQ-R21 foi traduzido e validado por Duarte et al. (2018), numa amostra constituída por 468 participantes com idades compreendidas entre os 18 e 60 anos. Contém vinte e um itens que permitem a avaliação das seguintes dimensões do CA: restrição cognitiva (itens 1, 5, 11, 17, 18 e 21), descontrolo alimentar (itens 3,6,8,9,12,13,15,19 e 20) e alimentação emocional (itens 2,4,7,10,14 e 16).

Os primeiros vinte itens apresentam-se numa escala de Likert de 4 pontos e o item 21 é respondido numa escala de Likert de 8 pontos que depois são convertidos numa escala de quatro pontos da seguinte forma:

- Respostas 1-2 são convertidas em 1;
- Respostas 3-4 são convertidas em 2,
- Respostas 5-6 são convertidas em 3;
- Respostas 7-8 são convertidas em 4.

Os itens numerados de 1 a 16 têm como possibilidade de resposta as seguintes opções: “completamente verdadeiro”, “verdadeiro na maior parte das vezes”, “falso na maior parte das vezes” e “completamente falso”. No item 17, o participante deve responder sobre a frequência com que evita comer alimentos tentadores, com as seguintes opções de resposta: “quase nunca”, “raramente”, “normalmente” e “quase sempre”. O item 18 refere-se à disponibilidade com que a

pessoa está disposta a fazer um esforço para comer menos daquilo que deseja, com as seguintes opções de resposta: “não é provável”, “pouco provável”, “moderadamente provável” e “muito provável”. O item 19 indaga sobre se a pessoa come excessivamente mesmo sem ter fome, tendo como opções de resposta: “nunca”, “raramente”, “às vezes” e “pelo menos uma vez por semana”. O item 20 questiona sobre a frequência com que a pessoa sente fome, apresentando as seguintes opções de resposta: “só às refeições”, “às refeições e, por vezes, entre as refeições”, “às refeições e frequentemente entre as refeições” e “quase sempre”. No item 21, referente à restrição cognitiva, é utilizada uma escala de classificação numérica de 1 a 8, em que 1 corresponde a “como tudo o que quero e quando quero” e o 8 a “limito constantemente a minha ingestão de alimentos, “nunca cedo”.

Os resultados são considerados de acordo com as correlações mais altas em cada forma de comportamento (Santos, Vaz e Mazur, 2018). Quanto mais alto o resultado, maior será a presença desse tipo de comportamento (Natacci e Júnior, 2011; Lira et al., 2020). A obtenção de valores mais elevados traduz um comportamento menos saudável, exigindo uma maior necessidade de mudança comportamental.

O TFEQ-R21 não tem estabelecidos pontos de corte. O instrumento apenas avalia comportamentos alimentares considerados desadaptativos sendo que quanto mais alta a pontuação, mais perturbado é o comportamento (Duarte et al., 2018). Neste questionário, não existem pontos de corte para os padrões alimentares avaliados e a indicação é que a avaliação seja feita associada a outras variáveis de interesse (Natacci e Júnior, 2011).

A versão portuguesa do TFEQ-R21 apresenta propriedades psicométricas adequadas, com uma boa consistência interna em cada uma das suas três dimensões, com os seguintes valores do coeficiente Alfa (α) de *Cronbach*: restrição cognitiva (0,83), descontrolo alimentar (0,84) e alimentação emocional (0,92) (Duarte et al., 2018). Estes valores são comparáveis aos obtidos pelo instrumento original de Stunkard e Messick (1985), em que o comportamento restritivo da alimentação apresentou um valor de α de *Cronbach* de 0,87, a desinibição alimentar 0,87 e a fome 0,82.

1.6 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

O questionário foi enviado por correio eletrónico, para todos os estudantes que cumpriam os critérios de inclusão. Contém um texto introdutório com uma explicação sobre o tema do estudo, os objetivos, a finalidade, o enquadramento teórico e a equipa de investigação responsável. Este texto introdutório foi escrito com uma linguagem clara e acessível, de forma a

ser compreendido por todos os participantes, sendo referida a importância de todas as questões colocadas serem respondidas de forma sincera.

Posteriormente, foi acompanhado pelo consentimento informado, livre e esclarecido. Depois do estudante ler o consentimento informado e afirmar que concorda em participar no estudo, considerou-se o mesmo aceite. Os dados antropométricos foram registados pelo inquirido.

1.7 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Toda a investigação que envolve seres humanos exige a proteção dos seus direitos e liberdades. Para Vilelas (2017:423), "(…) qualquer pesquisa implica por parte do investigador o levantamento de questões morais e éticas". Toda a investigação deve respeitar os direitos dos seus participantes, preservando a sua dignidade e sem lhes causar prejuízos (Fortin, 2009).

Para a aplicação do TFEQ-R21, foi solicitada autorização aos autores que o validaram e aplicaram na população portuguesa (Apêndice C), para o qual se obteve uma resposta afirmativa (Anexo 1).

De forma a dar resposta às questões éticas exigidas, foi submetido um parecer à Comissão de Ética do instituto politécnico em estudo (Apêndice D) e um pedido de autorização ao Exmo. Sr. Presidente do mesmo instituto (Apêndice E), a solicitar a autorização para efetuar a recolha de dados, para os quais foi obtido um parecer favorável, conforme consta nos Anexos 2 e 3, respetivamente.

Para que os estudantes pudessem preencher o questionário, foi necessário que lessem e concordassem com o consentimento informado e esclarecido (Apêndice B). Este explica o objetivo do estudo e a importância da participação do estudante, de acordo com as orientações da Declaração de Helsínquia. Segundo Nunes (2013), nesta declaração afirmam-se os fundamentos éticos da liberdade da pessoa, do respeito pela salvaguarda da sua integridade física e psíquica, da justiça, da procura do bem e da eliminação dos riscos desnecessários na procura da melhor solução para o sofrimento e, também, para com as comissões de ética e respetiva constituição.

No consentimento informado, está salvaguardado o cariz voluntário da sua participação, garantindo a confidencialidade da informação recolhida, do anonimato e privacidade do participante. Os participantes foram informados de que poderão ter acesso aos resultados do estudo, caso o pretendam, contactando a equipa de investigação para esse efeito.

2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O tratamento estatístico é fundamental para a investigação pois permite a análise e, consequentemente, a interpretação dos dados obtidos.

Concluída a recolha de dados, foi feita uma avaliação de todos os questionários preenchidos, permitindo a eliminação dos que estivessem incorretamente preenchidos.

Os dados obtidos foram processados no programa de estatística *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 27, procedendo-se à análise descritiva e inferencial dos mesmos.

Na análise descritiva, recorreu-se a medidas tais como frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão).

Na estatística inferencial, recorreu-se aos testes Coeficiente de correlação de *Pearson*, teste *t* para amostras independentes e teste ANOVA a um fator.

Para os testes realizados, foi definido o valor 0,05 como limite de significância, ou seja, a hipótese nula foi rejeitada quando a probabilidade do erro tipo I (probabilidade de rejeição da hipótese nula quando ela é verdadeira) era inferior ao valor fixado, ou seja, quando $p < 0,05$.

A consistência interna refere-se à concordância entre todos os enunciados específicos que integram o instrumento de medida, sendo que a técnica mais comumente utilizada para avaliar o grau de consistência interna de um índice de avaliação é o cálculo do α de *Cronbach*. Este coeficiente, cujos valores podem variar entre 0 e 1, permite designar se cada enunciado mede um determinado conceito da mesma forma que os restantes. Valores mais próximos de 1 demonstram maior consistência interna (Fortin, 2009).

O Quadro 2 mostra os valores obtidos para cada dimensão da escala e no seu global, concluindo-se que a mesma apresenta consistência interna aceitável e que o presente estudo evidenciou boa fiabilidade.

Quadro 2 - Consistência interna do questionário aplicado no estudo

Dimensão do CA	**Nº itens**	**α de *Cronbach***
Alimentação emocional	6	0,90
Restrição cognitiva	6	0,82
Descontrolo alimentar	9	0,83
Global	21	0,71

Os valores obtidos para cada dimensão são semelhantes aos do estudo de Duarte et al. (2018), apresentando-se ligeiramente inferiores relativamente ao dos autores portugueses (alimentação emocional α=0,92; restrição cognitiva α=0,83; descontrolo alimentar α=0,84).

Primeiramente, será apresentada a análise descritiva e, por fim, a análise inferencial. Para uma melhor compreensão, os dados constam em tabelas, acompanhados pela respetiva análise.

2.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

A análise descritiva consiste na exposição dos dados numéricos obtidos no estudo através de instrumentos adequados, permitindo o resumo da informação recolhida (Vilelas, 2017).

A informação apresentada na Tabela 1, relativa à distribuição dos estudantes segundo o sexo permite compreender que a amostra é constituída por 176 mulheres (76,2%) e por 55 homens (23,8%), verificando-se um predomínio do sexo feminino.

Tabela 1 - Distribuição dos estudantes segundo o sexo

Sexo	***n***	**%**
Feminino	176	76,2%
Masculino	55	23,8%
Total	231	100%

A informação obtida na Tabela 2, relativa à distribuição dos estudantes segundo o sexo por unidade orgânica permite a mesma conclusão, ou seja, que nas quatro unidades que constituem o instituto politécnico em estudo existe um maior número de mulheres a participarem no presente estudo.

Tabela 2 - Distribuição dos estudantes segundo o sexo por unidade orgânica

Unidade orgânica	**Sexo**	***n***	**%**
ESS	Feminino	115	85,8%
	Masculino	19	14,2%
ESECD	Feminino	21	56,8%
	Masculino	16	43,2%
ESTG	Feminino	34	66,7%

Tabela 3 - Distribuição dos estudantes segundo o sexo por unidade orgânica (continuação)

	Masculino	**17**	**33,3%**
ESTH	Feminino	6	66,7%
	Masculino	3	33,3%
	Total	231	

Como se pode constatar na Tabela 3, a idade mínima dos estudantes é 18 anos e a máxima 19 anos, sendo a média de idades 18,39 (±0,49).

Tabela 4 - Distribuição dos estudantes segundo a idade

	Mín.	**Máx.**	**$\bar{x}$**	**DP**
Idade (anos)	18	19	18,39	0,49

Mín. = Mínimo; Máx.= Máximo; $\bar{x}$= Média; DP= Desvio padrão

Com a análise dos dados da Tabela 4, constata-se que os cursos de licenciatura com uma maior percentagem de estudantes na amostra em estudo são o curso de Enfermagem (36,8%), seguido do curso de Farmácia (15,2%) e do curso de Gestão de Recursos Humanos (7,4%). Assim, conclui-se que os cursos mais representativos pertencem à ESS (Enfermagem e Farmácia)

Tabela 5 - Distribuição dos estudantes por curso de licenciatura

Curso	***n***	**%**
Biotecnologia Medicinal	14	6,1%
Enfermagem	85	**36,8%**
Farmácia	35	**15,2%**
Animação Sociocultural	6	2,6%
Comunicação e Relações Públicas	9	3,9%
Comunicação e Multimédia	7	3%
Desporto	15	6,5%
Contabilidade	7	3%
Design de Equipamento	1	0,4%
Engenharia Informática	5	2,2%
Gestão	8	3,4%
Gestão de Recursos Humanos	17	**7,4%**

Tabela 6 - Distribuição dos estudantes por curso de licenciatura (continuação)

Marketing	13	5,6%
Gestão Hoteleira	6	2,6%
Restauração e Catering	1	0,4%
Turismo e Lazer	2	0,9%
Total	231	100%

De acordo com os dados apresentados na Tabela 5, a maioria dos estudantes que constituem a amostra pertencem à ESS, correspondendo a 58% do total da amostra. A ESTG é a unidade orgânica que ocupa o segundo lugar com maior número de estudantes constituintes da amostra (22,1%) e, de seguida, a ESECD, com 16%. O menor número de respostas foi obtido junto dos estudantes da ESTH, correspondendo a 3,9% da amostra.

Tabela 7 - Distribuição dos estudantes por unidade orgânica

	Unidade orgânica							
	ESS		ESECD		ESTG		ESTH	
	n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%
Total	134	58	37	16	51	22,1	9	3,9

Na Tabela 6, são apresentados os resultados da avaliação antropométrica da amostra. Tendo em conta os valores de IMC, verifica-se que estes situam-se entre 16,22 kg/m² e 43,51 kg/m², sendo a média 22,68kg/m² (± 3,86).

Tabela 8 - Avaliação antropométrica dos estudantes

	Mín.	**Máx.**	**x̄**	**DP**
Peso (kg)	44	110	63,06	12,36
Altura (m)	1,46	1,93	1,67	0,09
IMC (kg/m²)	16,22	43,51	22,68	3,86

Mín. = Mínimo; Máx.= Máximo; x̄= Média; DP= Desvio padrão

De acordo com a Tabela 7, é possível constatar que os valores médios do IMC são muito semelhantes nas quatro unidades orgânicas, situando-se entre 22,25kg/m² (±4,21) e 22,97 kg/m² (±3,96).

Tabela 9 - Avaliação antropométrica dos estudantes por unidade orgânica

		Mín.	**Máx.**	**x̄**	**DP**
ESS	Peso (kg)	44	100	62,66	12,74
	Altura (m)	1,46	1,90	1,65	0,08
	IMC (kg/m²)	16,56	34,93	**22,97**	3,96
ESECD	Peso (kg)	45	100	63,80	11,96
	Altura (m)	1,50	1,93	1,69	0,11
	IMC (kg/m²)	16,65	30,04	**22,29**	3,16
ESTG	Peso (kg)	44	110	63,20	12,54
	Altura (m)	1,55	1,89	1,69	0,09
	IMC (kg/m²)	16,22	43,51	**22,25**	4,21
ESTH	Peso (kg)	54	80	65,11	7,42
	Altura (m)	1,57	1,89	1,71	0,16
	IMC (kg/m²)	18,11	26,42	**22,36**	2,97

Mín. = Mínimo; Máx.= Máximo; x̄= Média; DP= Desvio padrão

Na Tabela 8, é apresentada a distribuição dos estudantes segundo as categorias do IMC, tendo como referência os valores determinados pela WHO, constatando-se que 69,3% apresentam um peso normal, seguidos de 16% que integram a categoria de pré-obesidade. Em terceiro lugar, surge a categoria baixo peso (9,5%) e em quarto a obesidade classe I (4,8%). A categoria da obesidade classe III é a que apresenta menor representatividade (0,4%) e nenhum estudante apresentou um valor de IMC na categoria de obesidade classe II (0%).

Tabela 10 - Distribuição dos estudantes segundo as categorias do IMC

Categorias do IMC	***n***	**%**
Baixo peso	22	9,5
Peso normal	160	69,3
Pré-obesidade	37	16
Obesidade Classe I	11	4,8
Obesidade Classe II	0	0

Tabela 11 - Distribuição dos estudantes segundo as categorias do IMC (continuação)

Obesidade Classe III	1	0,4
Total	231	100%

Os dados apresentados na Tabela 9 reforçam os acima mencionados na Tabela 8 pois em todas as unidades orgânicas, a categoria do IMC predominante corresponde ao peso normal, seguida pela categoria da pré-obesidade. Apenas na ESTH se verifica que as categorias de baixo peso e pré-obesidade ocupam o segundo lugar, com o mesmo valor percentual. Na ESS, na ESECD e na ESTG, a categoria baixo peso ocupa o terceiro lugar e a categoria obesidade classe I o quarto lugar. De referir que na ESTG, as categorias obesidade classe I e III apresentam o mesmo valor percentual.

Tabela 12 - Distribuição dos estudantes segundo as categorias do IMC por unidade orgânica

	Unidade orgânica							
	ESS		ESECD		ESTG		ESTH	
Categorias do IMC	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%
Baixo peso	14	10,5	3	8,1	3	5,8	2	22,2
Peso normal	87	64,9	27	73	41	80,4	5	55,6
Pré-obesidade	24	17,9	6	16,2	5	9,8	2	22,2
Obesidade Classe I	9	6,7	1	2,7	1	2	0	0
Obesidade Classe II	0	0	0	0	0	0	0	0
Obesidade Classe III	0	0	0	0	1	2	0	0
Total	134	100%	37	100%	51	100%	9	100%

Após a análise dos dados apresentados na Tabela 10, é possível conhecer os valores das médias de cada dimensão do CA na amostra estudada. A média da dimensão da alimentação emocional é 11,12 (± 4,13) e varia entre 6 e 24, a média da dimensão da restrição cognitiva é 12,03 (±3,63) e varia entre 6 e 21 e a média da dimensão do descontrolo alimentar é de 18,27 (±4,78), variando entre 9 e 33. Assim, se conclui, que a dimensão do CA mais representativa na

amostra estudada é o descontrolo alimentar, seguida da restrição cognitiva e, por fim, a alimentação emocional.

Tabela 13 - Caraterização das dimensões do CA

Dimensões	**Mín.**	**Máx.**	**x̄**	**DP**
Alimentação emocional	6	24	11,12	4,13
Restrição cognitiva	6	21	12,03	3,63
Descontrolo alimentar	9	33	18,27	4,78

Mín. = Mínimo; Máx.= Máximo; x̄= Média; DP= Desvio padrão

Foi, também, efetuada uma análise descritiva das dimensões do CA de acordo com os cursos de licenciatura, constando os dados na Tabela 11. Perante a análise destes dados, é possível concluir que o descontrolo alimentar é a dimensão do CA que apresenta uma média mais elevada em todos os cursos de licenciatura.

Tabela 14- Caraterização das dimensões do CA por curso de licenciatura

Curso	**Dimensão**								
	Alimentação emocional			Restrição cognitiva			Descontrolo alimentar		
	x̄ / DP	Min.	Máx.	x̄ / DP	Min.	Máx.	x̄ / DP	Min.	Máx.
Animação Sociocultural	13,0 ±3,58	7	17	13,5 ±3,20	10	17	**19,33** ±3,26	15	25
Comunicação e Relações Públicas	8,89 ±4,75	6	20	12,33 ±1,66	10	15	**17,67** ±3,28	15	25
Comunicação e Multimédia	11,29 ±2,81	7	15	10,43 ±3,05	6	13	**21,0** ±2,24	18	24
Desporto	8,53 ±3,0	6	16	13,27 ±1,87	10	16	**16,2** ±4,77	10	28
Biotecnologia Medicinal	11,71 ±3,59	7	18	14,42 ±3,18	10	21	**18,86** ±4,33	11	25

Tabela 15- Caraterização das dimensões do CA por curso de licenciatura (continuação)

Enfermagem	11,55± 4,24	6	24	12,48 ±3,96	6	21	**18,41** ±4,53	9	33
Farmácia	10,97 ±4,5	6	21	10,94 ±3,78	6	18	**17,8** ±5,3	10	31
Contabilidade	9,57 ±3,7	6	15	13,57 ±3,36	9	18	**15,57** ±3,73	9	19
Design de Equipamento	14,0 ±0	14	14	11,0 ±0	11	11	**27,0** ±0	27	27
Engenharia Informática	10,8 ±4,09	6	15	11,6 ±2,3	8	14	**19,6** ±8,17	13	33
Gestão	10,88 ±3,56	6	16	10,88 ±2,8	7	15	**18,13** ±3,09	13	23
Gestão de Recursos Humanos	11,82 ±4,28	6	23	10,24 ±3,42	6	17	**18,41** ±6,61	10	32
Marketing	11,31 ±4,46	6	18	11,5 ±2,4	8	15	**18,23** ±5,48	12	25
Gestão Hoteleira	11,5 ±4,23	7	18	10,17 ±4,44	6	17	**17,33** ±3,33	13	22
Restauração e Catering	17,0 ±0	17	17	10,0 ±0	10	10	**21,0** ±0	21	21
Turismo e Lazer	9,0 ±4,24	6	12	14,0 ±9,9	7	21	**22,0** ±1,41	21	23

Mín. = Mínimo; Máx.= Máximo; $\bar{x}$= Média; DP= Desvio padrão

Na Tabela 12, constam os valores médios de cada dimensão do CA de acordo com as unidades orgânicas constituintes do instituto politécnico em estudo, onde é possível concluir-se que, também ao nível das unidades orgânicas, o descontrolo alimentar é a dimensão do CA que apresenta médias mais elevadas.

Tabela 16 - Caraterização das dimensões do CA por unidade orgânica

Unidade Orgânica	**Dimensão**								
	Alimentação emocional			Restrição cognitiva			Descontrolo alimentar		
	$\bar{x}$ / DP	Min.	Max.	$\bar{x}$ / DP	Min.	Max.	$\bar{x}$ / DP	Min.	Max.
ESS	11,41 ±4,22	6	24	12,28 ±3,94	6	21	**18,34** ±4,69	9	33
ESECD	9,86 ±3,82	6	17	12,54 ±2,49	6	17	**17,97** ±4,12	10	28
ESTG	11,18 ±4,0	6	23	11,18 ±3,02	6	18	**18,21** ±5,68	9	33
ESTH	11,55 ±4,33	6	18	11,0 ±5,24	6	21	**18,78** ±3,45	13	23

2.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise e descrição dos dados obtidos através dos questionários, segue-se a análise inferencial com vista à identificação de eventuais relações entre as variáveis. Esta etapa efetuou-se com recurso a diferentes testes estatísticos, de acordo com a natureza das variáveis.

De acordo com o Teorema do Limite Central, como a amostra deste estudo é suficientemente grande (n>30), a distribuição da média amostral foi assumida como normal, independentemente do tipo de distribuição original dos dados. Assim, optou-se por recorrer a testes paramétricos (Aguiar, 2007).

Foi utilizado um valor de prova (*p*) de 0,05 em todos os testes estatísticos realizados.

A análise da influência da idade sobre as dimensões do CA foi realizada através do teste de correlação de *Pearson* (Tabela 13). Conclui-se que a idade não se correlacionou significativamente com nenhuma das dimensões.

Tabela 17 - Correlação entre a idade e as dimensões do CA

Dimensões	**Idade**	
	r	***p***
Alimentação emocional	-0,082	0,217
Restrição cognitiva	0,067	0,312
Descontrolo alimentar	-0,090	0,171

r - Coeficiente de correlação de *Pearson*; *p* = valor de prova

Os resultados das diferentes dimensões do CA, em função da variável sexo, foram obtidos através do teste *t* para amostras independentes e estão representados na Tabela 14. Após a sua análise, verifica-se que apenas existe diferença estatisticamente significativa na dimensão alimentação emocional para o sexo feminino em relação ao masculino (*p* <0,001).

Tabela 18 - Relação entre o sexo e as dimensões do CA

Dimensões	**Sexo**		
	Feminino	Masculino	*p*
Alimentação emocional	11,66 ± 4,24	9,4 ± 3,25	**<0,001**
Restrição cognitiva	12,03 ± 3,67	12,04 ± 3,54	0,989
Descontrolo alimentar	18,3 ± 4,65	18,2 ± 5,23	0,897

p = valor de prova

Para o estudo da correlação da variável IMC com as dimensões do CA, foi utilizado o teste de correlação de *Pearson*, estando os dados estimados na Tabela 15. Conclui-se que apenas existe correlação entre a restrição cognitiva e o IMC (p<0,001), sendo esta positiva e fraca.

Tabela 19 - Relação entre o IMC e as dimensões do CA

Dimensões	**IMC**	
	r	*P*
Alimentação emocional	0,119	0,071
Restrição cognitiva	0,460	**<0,001**
Descontrolo alimentar	0,055	0,408

r = Coeficiente de correlação de *Pearson*; *p* = valor de prova

Na Tabela 16, são apresentados os dados relativos ao estudo da relação entre as dimensões do CA e as unidades orgânicas, obtidos através do teste ANOVA.

Da observação dos resultados apresentados na Tabela 16, pode-se constatar que em nenhuma das dimensões do CA existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Contudo, uma vez que não existe homogeneidade de variâncias, os valores de significância foram confirmados através das estatísticas de Welch e Brown-Forsythe, as quais corroboram a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 20 - Relação entre as unidades orgânicas e as dimensões do CA

Dimensões	**Unidades Orgânicas**				
	ESS	ESECD	ESTG	ESTH	*p*
Alimentação emocional	11,42± 4,23	9,86± 3,82	11,18± 4,00	11,56± 4,33	0,240
Restrição cognitiva	12,29± 3,94	12,54± 2,49	11,18± 3,02	12,03± 3,63	0,177
Descontrolo alimentar	18,34± 4,69	17,97± 4,12	18,22± 5,68	18,78± 3,46	0,964

p = valor de prova

3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para além do tratamento estatístico dos dados, é importante compará-los com estudos anteriores, exigindo ao investigador uma reflexão e um sentido crítico sobre os mesmos.

No presente estudo, verificou-se que a amostra é maioritariamente do sexo feminino (76,2%). Estes dados estão de acordo com os estudos de Santos, Saracini, Silva, Guilherme, Costa e Silva (2014), Silva, Borrego, Ferreira, Lavado, Melo, Rowland e Truninger (2015) e Varela-Arévalo, Ochoa-Muñoz e Tovar-Cuevas (2016) que demonstram um predomínio do sexo feminino na população do ensino superior. Também no estudo de Lucas (2014) se verifica uma maior percentagem do sexo feminino na amostra estudada (63,7%).

Relativamente ao IMC, constata-se que 69,3% dos estudantes apresentam um peso normal, seguidos de 16% que integram a categoria de pré-obesidade. Os valores do IMC situam-se entre 16,22 kg/m² e 43,51 kg/m², sendo a média 22,68kg/m² (± 3,86). Estes dados são congruentes com os de Lucas (2014) e Marques (2017), em que a amostra foi constituída, também, por estudantes do ensino superior, tendo apresentado valores muito semelhantes relativamente ao mesmo estado ponderal. O presente estudo revela que o terceiro grupo com maior percentagem encontra-se com baixo peso (9,5%), seguindo-se o quarto grupo com obesidade classe tipo I (4,8%). Estes dados divergem do estudo de Lucas (2014) e Marques (2017), em que o terceiro grupo com maior percentagem foi referente ao estado de obesidade e o quarto grupo ao de baixo peso.

Contudo, a soma das percentagens correspondentes ao estado de pré-obesidade e obesidade classe I e III é superior à percentagem correspondente ao baixo peso. Estes resultados são corroborados pela DGS (2015b) que reconhece um aumento nas taxas de obesidade na faixa etária dos 17 aos 25 anos de idade englobando, assim, as idades da amostra do presente estudo. Também Wengreen e Moncur (2009) desenvolveram um estudo que demonstrou um aumento nas taxas de obesidade nos últimos anos nas pessoas entre os 18 e 29 anos de idade.

Estes dados reforçam a necessidade dos estudantes serem acompanhados, permitindo a identificação das causas que influenciam o seu estado nutricional e intervir no sentido de melhorar a sua condição de saúde. Os estudantes do ensino superior devem ser considerados um alvo importante de intervenção na promoção de um CA adequado, reduzindo-se a prevalência de pré-obesidade e obesidade.

Neste estudo, a categoria de peso normal é a que engloba um maior número de estudantes de ambos os sexos, dado que vai ao encontro do resultado obtido por Ribeiro et al. (2011), num estudo com adolescentes, com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, em que o IMC predominante é o de eutrofia. No estudo de Bulsing (2017), 53% da amostra era eutrófica. Nos

estudos de Duarte et al. (2018), a média do IMC foi de 23,63 kg/m² e no de Ramalho, Marinho, Pinto-Bastos, Vieira, Magalhães, Silva, Pedras, Pucci, Moysés, Rodrigues, Lourdes e Conceição (2018) de 24,8 kg/m², valores que integram a categoria de peso normal. Mendes e Sousa (2019) no seu estudo, onde foi também aplicado o TFEQ-R21, o IMC predominante foi entre 21 a 25 kg/m², contemplando duas categorias, nomeadamente, a do peso normal e a de pré-obesidade. No estudo de Intiful, Oddam, Kretchy e Quampah (2019), realizado em estudantes dos segundo e terceiro anos do ensino superior e com uma média de idades próxima da deste estudo (21,19) e com aplicação do TFEQ-R18, é demonstrado que a maioria dos estudantes apresentava um IMC normal.

A seguir à categoria do peso normal, as categorias relativas à pré-obesidade e obesidade são as que englobam um maior número de estudantes, dados corroborados por Intiful et al. (2019). Valores elevados do estado ponderal, correspondendo a categorias de IMC relativas à obesidade, vão ao encontro do estudo de Carneiro, Lima, Marinho e Souza (2016), realizado junto de estudantes universitários, em que 41,3% da amostra apresentava excesso de peso.

Na análise das médias obtidas em cada dimensão do CA, é possível concluir-se que, no total da amostra, a dimensão predominante é o descontrolo alimentar, seguida da restrição cognitiva e, por fim, da alimentação emocional. No estudo de Mendes e Sousa (2019), verifica-se este destaque do descontrolo alimentar e da restrição cognitiva, sendo a alimentação emocional a menos preponderante. Este resultado é igual ao obtido por Câmara e Resende (2021), onde foi aplicado o TFEQ-R21 a estudantes do ensino superior, em que a dimensão com maior valor foi o descontrolo alimentar, seguido da restrição cognitiva e, por fim, a alimentação emocional. No estudo de Ferreira et al. (2016), com estudantes do primeiro ano do ensino superior, foi obtida uma maior pontuação para o descontrolo alimentar.

Também Lira et al. (2020), no estudo realizado junto de estudantes do ensino superior onde foi aplicado o TFEQ-R21, apontam o descontrolo alimentar como a dimensão do CA com o valor mais alto na sua amostra. Contudo, no seu estudo, a alimentação emocional foi a dimensão que apresentou uma maior pontuação a seguir ao descontrolo alimentar, ao contrário do estudo aqui apresentado. Resultado oposto foi obtido no estudo de Mazer e Rodrigues (s.d.), onde também foi aplicado o TFEQ-R21 a estudantes universitários, sendo a dimensão mais frequente a alimentação emocional, seguida do descontrolo alimentar e, por fim, a restrição cognitiva. No estudo de Gonçalves (2019), junto da população universitária, a alimentação emocional foi a dimensão que obteve maior valor em todos os cursos analisados.

Apesar de ter sido usada a versão do TFEQ-R18, os dados obtidos por Yousif, Kaddam e Humeda (2019) vão ao encontro do presente estudo, pois a dimensão mais comum foi o descontrolo alimentar, seguido da restrição cognitiva e, por fim, a alimentação emocional.

Relativamente à relação entre as dimensões do CA e as unidades orgânicas, constatou-se que em nenhuma das dimensões do CA existem diferenças estatisticamente significativas entre as unidades orgânicas. Neste ponto, não foi possível fazer uma comparação com outros estudos pois não foi encontrado nenhum que englobasse uma diversidade tão grande de unidades orgânicas e respetivos cursos de licenciatura. O mesmo se aplica à caraterização dos valores do IMC por curso de licenciatura e unidade orgânica.

No presente estudo, verificou-se que relativamente às dimensões da escala em relação à variável sexo, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na dimensão alimentação emocional, em que o sexo feminino apresentou um valor superior comparativamente ao sexo masculino, dados também obtidos no estudo de Efthymiou, Kokokiris, Mesiari e Vassilopoulou (2021).

Ao contrário do estudo de Lira et al. (2020), em que a associação entre as dimensões do CA e o sexo foi significativa, encontra-se um ponto comum pois foi o sexo feminino o mais afetado, nomeadamente pelo descontrolo alimentar e alimentação emocional. Esta diferença estatisticamente significativa no sexo é também confirmada nos estudos de Poínhos, Oliveira e Correia (2013) e Santos, Santana, Silva e Campos (2017). No estudo de Valladares, Durán, Matheus, Durán-Aguero, Obregón e Ramírez-Tagle (2016), apesar de ter sido aplicado o TFEQ-R18, concluiu-se que as mulheres apresentaram maiores valores na dimensão alimentação emocional que os homens. No estudo de Duarte (2015), aplicando o TFEQ-R21, a alimentação emocional e a restrição cognitiva obtiveram valores mais altos junto do sexo feminino.

Relativamente às dimensões restrição cognitiva e descontrolo alimentar, verificou-se que os valores foram muito semelhantes em ambos os sexos. Este dado difere do estudo de Duarte et al. (2018) que indica que, para além da alimentação emocional, também a restrição cognitiva apresenta valores superiores no sexo feminino, resultados compatíveis com os estudos de Provencher, Drapeau, Tremblay, Després e Lemieux (2003), de Lauzon, Romon, Deschamps, Lafay, Borys, Karlsson, Ducimetière e Charles (2004), de Medeiros, Yamamoto, Pedrosa e Hutz (2017) e de Cappelleri, Bushmakin, Gerber, Leidy, Sexton, Lowe e Karlsson (2009).

No estudo de Decker, Pinhatti, Castro e Bizarro (2021), realizado numa amostra constituída por estudantes universitários e tendo sido aplicado o TFEQ-R21, a alimentação emocional foi mais prevalente nas mulheres que nos homens e relativamente ao descontrolo alimentar e restrição cognitiva, ambos os sexos não apresentaram diferença significativa, dados que corroboram o presente estudo.

Esta diversidade de resultados relativamente ao sexo foi encontrada com muita frequência na revisão da literatura realizada. Borges, Francescao e Hoefel (2020) afirmam que as diferentes dimensões do CA se apresentam mais alteradas nas mulheres que nos homens. Ao contrário do

que foi concluído neste estudo e nos acima mencionados, no estudo de Ramalho et al. (2018), não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre o sexo e as dimensões do CA avaliadas pelo TFEQ-R21.

Assim, e de acordo com Pereira (2018), sendo a alimentação emocional a dimensão que apresentou valores mais significativos, reforça-se a teoria de que as mulheres aumentam a ingestão alimentar perante as emoções que vivenciam. No estudo de Duarte et al. (2018), também a alimentação emocional, juntamente com a restrição cognitiva, apresentam valores mais elevados nas mulheres.

Tal como no estudo de Duarte et al. (2018), também neste não foram encontradas diferenças de género na dimensão do descontrolo alimentar, sugerindo que mulheres e homens não diferem na forma como respondem às situações ou sensação de fome.

Relativamente à variável idade, esta não se correlacionou com nenhuma das dimensões do CA. Apesar da pesquisa bibliográfica realizada, não foi encontrado nenhum estudo que analisasse esta relação, permitindo uma comparação de resultados.

Quanto à variável IMC, constatou-se que existiu uma correlação positiva entre a restrição cognitiva e o IMC, reforçando os dados obtidos por Duarte et al. (2018) que verificaram uma correlação positiva do IMC com a restrição cognitiva mas não com a alimentação emocional nem com o descontrolo alimentar. No estudo de Antunes, Pinho, Peralta, Rodrigues, Martins, Mendes, Fernandes e Fonseca (2015), verificou-se, também, uma correlação positiva entre a restrição cognitiva e o IMC. Este resultado é oposto ao de Ramalho et al. (2018), onde não foram encontradas diferenças significativas entre a classificação do IMC e a restrição cognitiva.

No estudo de Natacci e Júnior (2011), verificou-se uma correlação estatisticamente significativa entre as diferentes dimensões do CA e o IMC mas principalmente na alimentação emocional, resultado diferente ao obtido neste estudo. Verifica-se que neste ponto se encontra uma maior diversidade de resultados pois no estudo de Valladares et al. (2016), onde foi aplicado o TFEQ-R18 a estudantes, o descontrolo alimentar está associado a valores mais elevados de IMC. No estudo de Duarte (2015), os resultados alcançados mostraram que existiu uma associação entre o IMC e a restrição cognitiva mas também com a alimentação emocional.

Os resultados do estudo e a comparação com os já existentes dentro da temática demonstram que a identificação dos comportamentos alimentares inadequados pode permitir a adoção de intervenções que tenham em conta, não só o valor energético dos alimentos e as recomendações dietéticas mas também os comportamentos despoletados pela componente emocional.

CONCLUSÃO

A adolescência é um momento de transição, onde os adolescentes constroem a sua identidade e definem um caminho profissional e pessoal ao mesmo tempo que lidam com diversas mudanças, fragilidades e instabilidade emocional.

É importante compreender não só a componente biológica da adolescência mas também relacioná-la com os diferentes contextos sociais. As mudanças físicas, psicológicas e sociais acentuam a vulnerabilidade dos adolescentes, incluindo do ponto de vista alimentar, constituindo um grupo de risco e estando mais suscetíveis a certas patologias (Bittar e Soares, 2020).

O momento em que os adolescentes ingressam no ensino superior, conquistando uma maior independência, é de extrema importância na adoção de comportamentos que irão influenciar positivamente a sua saúde (Yang, Turk, Allison, James e Chasens, 2014). Esta transição constitui-se como uma das etapas mais influenciadoras na sua vida, podendo gerar alterações no seu estado emocional.

É reconhecido, cada vez mais, o papel que os comportamentos das pessoas têm sobre a sua saúde. Contudo, e apesar do conhecimento do seu impacto, por vezes, esses mesmos comportamentos mantêm-se, incluindo o alimentar, comprometendo a saúde (Pereira, 2014).

O CA contempla as reações que a pessoa tem perante os alimentos e as ações relacionadas como ato de se alimentar, sendo influenciado por fatores fisiológicos, psicológicos, emocionais, sociais, religiosos e ambientais. É entendido como a união da cognição e das emoções que interagem com a parte fisiológica, psicológica e com o meio externo que determinam a ação das pessoas, incluindo o seu CA (Alvarenga et al., 2015).

Para Vaz e Bennemann (2014), o CA reflete o conjunto de atitudes que cada um tem perante os alimentos, desde o momento da sua escolha até à ingestão do mesmo, bem como tudo o que com ele se relaciona, procurando responder às suas necessidades fisiológicas e hedónicas.

A adolescência, marcada por um processo de aquisição de maior independência e autonomia, é um período fulcral no desenvolvimento do CA que afetará a saúde dos adolescentes. Tendo em conta as dificuldades inerentes à adolescência, o ingresso no ensino superior pode promover a adoção de comportamentos inadequados e aumentar a vulnerabilidade já existente nesta etapa da vida, conduzindo a um maior risco para a saúde. Ao apresentarem o seu CA alterado negativamente, os adolescentes devem fazer um esforço ativo e consciente para compreenderem os fatores responsáveis por essa alteração e modificá-los, de forma a melhorarem a sua saúde.

Conclui-se que o CA assume um papel determinante na saúde física e psicológica, tendo repercussões na qualidade de vida (Pereira et al., 2015), sendo inquestionável a sua influência na saúde dos adolescentes (Godinho e Marques, 2016).

Os estabelecimentos de ensino superior são um dos locais preferenciais para a promoção de comportamentos saudáveis junto dos seus estudantes, através da capacitação dos mesmos para fazerem escolhas mais adequadas para a sua saúde. Esta depende, em grande parte, dos comportamentos assumidos, incluindo o alimentar, exigindo a cada estudante a capacidade de lidar com as suas emoções e perceber o seu impacto no CA.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública deve participar na promoção de um CA adequado dos estudantes, considerando o ambiente académico estratégico para a adoção de comportamentos de saúde saudáveis através da educação para a saúde. É comum os adolescentes acreditarem que a saúde é um bem assegurado, sendo necessário demonstrar-se a fragilidade da mesma. Por isto, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública deve participar no processo de capacitação dos adolescentes através da modificação e/ou consolidação de comportamentos favoráveis à sua saúde.

Para que intervenções de enfermagem adequadas possam ser desenvolvidas, é importante ampliar o conhecimento sobre a influência das emoções no CA, possibilitando a elaboração de ações educativas, de caráter preventivo e de promoção da saúde.

Um conhecimento mais detalhado sobre o CA dos adolescentes, aumenta a possibilidade das intervenções de enfermagem serem mais eficazes pois à medida que se conhecem melhor os fatores influenciadores do CA, maior será a taxa de sucesso das mesmas e maior será o impacto das ações promotoras da saúde, tanto a nível individual como coletivo.

O CA dos adolescentes constitui, assim, um tema de interesse para a enfermagem comunitária, sendo que as intervenções de enfermagem que se podem realizar terão um impacto na sua saúde atual, bem como no futuro. O desafio não está apenas na transmissão do conhecimento mas também na modificação do CA inadequado, tendo em conta uma abordagem holística dos adolescentes, contemplando a dimensão emocional do CA.

A atuação do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública não deve ficar limitada a ações pontuais, assumindo uma presença mais permanente nos estabelecimentos de ensino, permitindo a identificação das reais necessidades dos estudantes e a criação de um vínculo mais forte com estes.

Após a análise dos resultados obtidos, foi possível reunir um conjunto de conclusões:

- A amostra pertenceu, maioritariamente, ao sexo feminino;
- Os cursos de licenciatura mais representativos da amostra pertenceram à ESS;

- Os valores do IMC da amostra situaram-se entre 16,22 kg/m² (categoria baixo peso) e 43,51 kg/m² (categoria obesidade classe III), sendo a média 22,68kg/m² (±3,86), correspondente à categoria de peso normal;
- Os valores médios do IMC nas unidades orgânicas foram muito semelhantes, situando-se entre 22,25kg/m² (±4,21) e 22,97 kg/m² (±3,96), valores correspondentes à categoria de peso normal;
- Segundo as categorias do IMC, a amostra estudada apresentou principalmente um peso normal, seguindo-se a categoria de pré-obesidade; em terceiro lugar, surgiu a categoria de baixo peso e em quarto lugar a obesidade classe I; a categoria da obesidade classe III foi a que apresentou menor representatividade; nenhum estudante apresentou um valor de IMC correspondente à categoria de obesidade classe II;
- As dimensões do CA mais predominantes na amostra são apresentadas pela seguinte ordem: descontrolo alimentar, restrição cognitiva e alimentação emocional;
- O descontrolo alimentar é a dimensão do CA que apresentou uma média mais elevada em todos os cursos de licenciatura bem como ao nível das quatro unidades orgânicas;
- A variável idade não apresentou uma correlação estatisticamente significativa com nenhuma das dimensões do CA;
- A alimentação emocional foi mais predominante no sexo feminino, não existindo diferenças estatisticamente significativas nas outras dimensões do CA relativamente à variável sexo;
- A variável IMC apenas se correlacionou com a restrição cognitiva;
- Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas três dimensões do CA ao nível das quatro unidades orgânicas.

Acredita-se que existe a necessidade de se realizarem mais estudos sobre esta temática de forma a compreender melhor o CA dos estudantes e, assim, definir intervenções específicas para esta população que possam ser mais eficazes na promoção da saúde e na prevenção de doenças associadas ao seu CA. O sucesso das estratégias da promoção da saúde dependerá sempre do reconhecimento e entendimento dos fatores que modificam negativamente os comportamentos dos adolescentes, incluindo a vertente emocional do CA.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

As intervenções a realizar devem ir para além da divulgação de conhecimentos. Para a definição de um CA adequado, é necessária uma conscientização em relação aos comportamentos promotores da saúde, sendo necessário desenvolver ações que envolvam os adolescentes e os estabelecimentos de ensino. Através da educação para a saúde, estes serão capazes de desenvolver uma maior autonomia e responsabilidade para com a sua saúde. A promoção da saúde implica um envolvimento dos próprios adolescentes. Para que isto aconteça, é necessário que estejam

informados e esclarecidos de forma a que possam fazer escolhas conscientes e positivas relativamente aos seus comportamentos.

Os resultados obtidos com este estudo demonstram que é importante acompanhar os adolescentes quando ingressam no ensino superior, promovendo um CA adequado. O estudo desta temática permite a sensibilização para a mesma, reforçando o papel da componente emocional no CA e compreender que este vai para além dos alimentos que são ingeridos, exigindo uma perspetiva mais abrangente sobre o mesmo o que, consequentemente, obriga aos profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro, a um entendimento mais completo deste conceito. Se o enfermeiro conseguir compreender e valorizar as diferentes dimensões do CA, poderá definir intervenções de enfermagem mais objetivas e eficazes sempre que detetar alterações no CA, seja na população estudada no presente estudo podendo, também, aplicá-las em outros contextos. Neste sentido, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública pode desenvolver uma nova visão sobre o CA, indo para além dos alimentos que a população ingere.

Neste sentido e com base no presente estudo, são propostas as seguintes iniciativas:

Cuidados de Saúde Primários

- Nas consultas de enfermagem, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública pode promover o diálogo sobre esta temática, associando o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2021); apesar dos objetivos deste programa estarem direcionados para o tipo de consumo alimentar, seria uma mais-valia concretizar esta associação, explicando e demonstrando que a saúde física e psicológica conquista-se com uma boa alimentação, associada a uma estabilidade emocional e que ambas estão interligadas. Assim, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública pode promover hábitos alimentares saudáveis, através de alimentos nutritivos e que permitam a satisfação das necessidades fisiológicas e não das necessidades emocionais;
- Utilização da consulta aos 18 anos para a abordagem desta temática, contribuindo para o reforço da importância da consulta de enfermagem nesta idade.

Estabelecimentos de ensino

O Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015c) destina-se a toda a comunidade educativa, resultando de um protocolo entre os Ministérios da Educação e da Saúde. Contudo, a sua ação é dirigida até ao ensino secundário, sendo que o ensino superior não se encontra contemplado. De referir que o ensino superior não é regulamentado pelo Ministério da Educação mas sim pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Apesar desta limitação, o

enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública pode promover o contacto com a comunidade educativa para que sejam delineadas intervenções que promovam comportamentos de saúde saudáveis juntos dos estudantes do ensino superior. Neste sentido, pode:

- Realizar sessões de educação para a saúde dirigidas à comunidade educativa que promovam o debate sobre o CA e o seu impacto na saúde, com enfoque junto dos estudantes;
- Promover momentos interativos onde os estudantes partilhem experiências sobre o CA;
- Avaliar o estado ponderal, através do IMC, no início e fim de cada ano letivo, perceber se existem modificações no mesmo e, caso existam, quais os motivos que geram esta alteração;
- Integrar a associação de estudantes nestas atividades pois são um elemento de maior proximidade dos estudantes e que, através da sua ação, conseguem mobilizar uma maior participação dos mesmos, podendo colaborar na promoção de um CA mais adequado;

O instituto politécnico onde foi aplicado o estudo dispõe de um gabinete de enfermagem que tem como objetivo o atendimento aos seus estudantes e funcionários. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, exercendo a sua atividade nos cuidados de saúde primários, poderia estabelecer uma parceria com este gabinete e, em conjunto com outros profissionais de saúde e do ensino, promover uma maior aproximação à população estudantil.

À semelhança de outras instituições de ensino superior, considera-se que seria uma mais-valia a integração de um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, a tempo integral, para que este pudesse intervir na área da saúde escolar, contribuindo para a promoção da saúde da comunidade académica. Para além deste contributo, seria uma forma de compensar a não contemplação destas instituições no Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015c).

Sendo importante a cooperação com os outros profissionais de saúde e tendo o presente instituto politécnico um gabinete de apoio psicológico, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública poderá intervir conjuntamente com os profissionais deste gabinete, permitindo esta cooperação um acompanhamento mais adequado dos estudantes, contribuindo para o seu bem-estar e, consequentemente, com vista a um maior sucesso académico. O envolvimento dos profissionais do gabinete de apoio psicológico possibilita um maior entendimento da componente emocional da alimentação, auxiliando o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública a delinear intervenções de enfermagem que possam contribuir com ganhos em saúde para os estudantes.

Desta forma e perante os resultados obtidos, pensa-se que seria importante que estes fossem divulgados junto da instituição, nomeadamente aos responsáveis pelos gabinetes acima mencionados e realizada uma reunião que permitisse o incentivo e demonstração da importância da cooperação dos diferentes profissionais que os constituem e, também, com os enfermeiros dos cuidados de saúde primários. A partir desta reunião, seriam definidas atividades dirigidas aos estudantes que permitissem uma sensibilização para a importância de uma alimentação adequada e o poder que a componente emocional exerce sobre as suas escolhas alimentares.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma das limitações do estudo relaciona-se com o facto de ter sido usado um questionário *online*, impedindo a supervisão do preenchimento do mesmo e estando a equipa de investigação sujeita à disponibilidade e interesse dos estudantes em responderem ao mesmo.

O cálculo do IMC foi obtido através dos dados antropométricos reportados pelos próprios estudantes, o que pode traduzir respostas falseadas já que o peso corporal e a altura não foram avaliados presencialmente e com recurso ao mesmo instrumento.

A utilização do IMC também apresenta limitações porque apenas considera os valores do peso corporal e da altura, não tendo em conta os diferentes níveis de adiposidade baseados na idade, na atividade física e no sexo (WHO, 2021).

Estas limitações foram justificadas pela situação pandémica vivida que impossibilitou um contacto presencial com os estudantes.

A dificuldade em encontrar estudos realizados com o TFEQ-R21 bem como com as suas versões mais antigas, principalmente junto da população escolhida como alvo de estudo foi outra limitação na elaboração deste estudo, principalmente na discussão de resultados.

SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

Como proposta para estudos futuros, sugere-se a realização de um estudo longitudinal que permita o acompanhamento dos estudantes ao longo do seu percurso académico na mesma instituição do ensino superior, procedendo à avaliação do seu CA antes e após a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

Acredita-se que este estudo de investigação se constitui como um meio sensibilizador para esta temática, orientando o processo de enfermagem definido pelo enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, enquanto elemento fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença na pessoa e na comunidade.

BIBLIOGRAFIA

Escola Superior de Saúde da Guarda (2008). *Guia de elaboração e apresentação de trabalhos escritos*. Guarda.

Instituto Politécnico da Guarda (2020). *Regulamento nº763/2020 – Regulamento dos Cursos de Mestrado do Instituto Politécnico da Guarda*. Acedido em dezembro 18, 2020, em Instituto Politécnico da Guarda: http://www.ipg.pt/guia_aluno/files/Reg.CursosMestrado2020.pdf

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdella, H. M., Farssi, H. O. E. L., Broom, D. R., Hadden, D. A. e Dalton, C. F. (2019). Eating Behaviours and Food Cravings; Influence of Age, Sex, BMI and FTO Genotype. *Nutrients*, 11(2), 1-16. 377.

Aguiar, C. R. R. A., Aguiar, M. J. L. e Guedes, R. C. A. (2013). Bases neurofisiológicas e neuroquímicas do comportamento alimentar. *In* S. S. Almeida, T. M. B. Costa, Laus, M. F. e Straatmann, G., *Psicologia do comportamento alimentar* (pp. 1-10). Rio de Janeiro: Rubio.

Aguiar, P. (2007). *Estatística em Investigação Epidemiológica SPSS – Guia Prático de Medicina*. Forte da Casa: Climepsi.

Almeida, A. (2013). *Sucesso, Insucesso e Abandono na Universidade de Lisboa: Cenários e Percursos*. Lisboa: Educa.

Almeida, R. S., Crispim, M. S. S., Souza, L. F. C. e Júnior, J. R. R. (2018). A influência dos aspectos emocionais na anorexia nervosa: o olhar da psicossomática. *Ciências Humanas e Sociais*, 5(1), 137-150.

Almeida, S. S., Nascimento, P. C. B. D. e Laus, M. F. (2013). Determinantes ambientais do comportamento alimentar e da obesidade. *In* S. S. Almeida, T. M. B. Costa, Laus, M. F. e Straatmann, G. *Psicologia do comportamento alimentar* (pp. 63-82). Rio de Janeiro: Rubio.

Alvarenga, M., Figueiredo, M., Timerman, F. e Antonaccio, C. (2015). *Nutrição Comportamental*. Barueri: Manole.

Alves, C. F. B. (2014). *Hábitos alimentares – relação entre os conhecimentos face à alimentação e o comportamento de crianças no período de almoço*. Relatório de estágio para obtenção do grau de Mestre em Educação Pré-escolar e Ensino do 1ºCiclo do ensino Básico. Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Alves, H. J. e Boog, M. C. F. (2007). Comportamento alimentar em moradia estudantil: um espaço para promoção da saúde. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 197-204.

Andreea-Elena, M. (2015a). The risk of eating disorders in adolescence and its association with the value of the body mass index, level of anxiety and level of depression. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 187, 141-146.

Andreea-Elena, M. (2015b). The risk of eating disorders in adolescence and its association with the impact of the sociocultural attitudes towards appearance. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 183, 153-157.

Anglé, S., Engblom, J., Eriksson, T. et al. (2009) Three factor eating questionnaire-R18 as a measure of cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating in a sample of young Finnish females. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6(41), 1-17.

Ansari, W. E., Labeeb, S., Moseley, L., Kotb, S., El-Houfy, A. (2013). Physical and psychological well-being of university students: survey of eleven faculties in Egypt. *International Journal of Preventive Medicine*. 4(3), 293-310.

Ansari, W. E., Stock, C., Phillips, C. et al. (2011). Does the association between depressive symptomatology and physical activity depend on body image perception? A survey of students from seven universities in the UK. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(2), 281-299.

Antunes, B., Pinho, A.C., Peralta, K. et al. (2015). *Comportamento alimentar restritivo e excesso de peso em jovens portugueses*. Escola Superior de Educação de Viseu.

Arévalo, M. T. V., Muñoz, A. F. O. e Cuevas, J. R. T. (2016). *Tipologías de estilos de vida en jóvenes universitarios*. Universidad y Salud, 18(2)

Ashurst, J., Woerden, I. V., Dunton, G. et al. (2018). The Association among Emotions and Food Choices in First-Year College Students Using mobile-Ecological Momentary Assessments. *BMC Public Health*, 18, 1-9.

Atzingen, M. C. B. C. (2011). *Sensibilidade gustativa de adultos de uma instituição universitária do município de São Paulo*. Tese para obtenção do título de Doutor em Ciência. Universidade de São Paulo.

Banna, J. C., Buchthal, O. V., Delormier, T., Creed-Kanashiro, H. M. e Penny, M. E. (2016). Influences on eating: a qualitative study of adolescents in a periurban area in Lima, Peru. *BMC Public Health*, 16(40), 1-11.

Barbosa, C. (2013). *Enfermeiro na Escola: Um Projeto de Ensino-Aprendizagem, de Investigação e de Serviço à Comunidade*. Tese para obtenção do grau de doutor em enfermagem. Porto: Universidade Católica Portuguesa.

Bargiota, A., Delizona, M., Tsitouras, A. e Koukoulis, G. N. (2013). Eating habits and factors affecting food choice of adolescents living in rural areas. *Hormones*, 12(2), 246-253.

Barragán, A. R. e Morales, C. I. (2014). Beneficios de las emociones positivas. Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19 (1), 103–118.

Barrett, L. F. (2006). Are Emotions Natural Kinds? *Perspectives on Psychological Science*, 1(1), 28-58.

Belzung, C. (2007). *Biologia das Emoções*. Instituto Piaget.

Benito, J. L. S. e Torrado, Y. P. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición hospitalaria*. 27(6), 2148-2150.

Bernardo, G. L., Jomori, M. M., Fernandes, A. C. e Proença, R. P. C. (2017). Consumo alimentar de estudantes universitários. *Revista de Nutrição*, 30(6), 847-865.

Beserra, E. P., Torres, C. A., Pinheiro, P. N. C., Alves, M. D. S. e Barroso, M. G. T. (2011). Pedagogia freireana como método de prevenção de doenças. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1), 1563-1570.

Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Síntesis.

Bittar, C. e Soares, A. (2020). Mídia e comportamento alimentar na adolescência. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 28(1), 291-308.

Borges, C., Francescato, R. e Hoefel, A. L. (2020). Fatores associados à presença de sintomas de ansiedade e depressão em acadêmicos de diferentes cursos de um centro universitário no sul do país. *Revista brasileira de obesidade, nutrição e emagrecimento*, 14(94), 17-28

Brown, O., O'Connor, L. e Savaiano, D. (2014). A pilot study using text messaging to provide nutrition education and promote better dietary choices in college students. *Journal of American College Health*, 62(5), 320-27.

Bryant, E. J., King, N. A. e Blundell, J. E. (2008). Disinhibition: its effects on appetite and weight regulation. *Obesity Reviews*, 9(5), 409-419.

Bucay, J. (s.d.). *Não somos responsáveis pelas emoções, mas sim do que fazemos com as emoções*. Acedido em março 23, 2020, em Pensador: https://www.pensador.com/frase/NDM1MjUz/

Bulsing, C. (2017). *Percepção de stress por estudantes universitários relacionado com seu comportamento alimentar e estilo de vida*. Trabalho de Conclusão de Curso de Nutrição. Rio Grande do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul.

Burkhalter, T. M. e Hillman, C. H. (2011). A Narrative Review of Physical Activity, Nutrition, and Obesity to Cognition and Scholastic Performance across the Human Lifespan. *Advances in Nutrition*, 2(2), 201S–206S.

Caballero, A., Granberg, R. e Tseng, K. Y. (2016). Mechanisms contributing to Prefrontal Cortex Maturation during Adolescence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 70, 4-12.

Câmara, T. A. e Resende, G. C. (2021). Indicadores de comportamento alimentar e qualidade de vida entre estudantes universitários. *Revista Amazônica*, XIII (1), 555-584.

Camozzi, A. B. Q., Monego, E. T., Menezes, I. H. C. F. e Silva, P. O. (2015). Promoção da alimentação saudável na escola: realidade ou utopia? *Cadernos de Saúde Coletiva*, 23(1), 32-37.

Campos, L., Isensse, D. C., Rucker, T. C. e Bottan, E. R. (2016). Condutas de saúde de universitários ingressantes e concluintes de cursos da área da saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 18(2), 17-25.

Canetti, L., Bachar, E. e Berry, E. M. (2002). Food and emotion. *Behavioural Processes*, 60(2), 157-164.

Cappelleri, J. C., Bushmakin, A. G., Gerber, R. A. et al. (2009). Psychometric analysis of the Three-Factor Eating Questionnaire-R21: results from a large diverse sample of obese and non-obese participants. *International Journal of Obesity*, 33, 611-620.

Cardi, V., Leppanen, J. e Treasure, J. (2015). The effects of negative and positive mood induction on eating behavior: a meta-analysis of laboratory studies in the healthy population and eating and weight disorders. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 57, 299–309.

Cardoso, G. A. (2016). *Consumo alimentar e estilo de vida: um estudo longitudinal com estudantes universitários*. Tese para obtenção do título de Doutora em Ciências. Universidade de São Paulo.

Carneiro, M. N. L., Lima, P. S., Marinho, L. M. e Souza, M. A. M. (2016). Estado nutricional de estudantes universitários associados aos hábitos alimentares. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 14(2), 84-88.

Carvalho, M. C. V. S. (2012). Práticas e saberes na alimentação: natural, racional ou social? *In* Luz, M. T., Barros, N. F. *Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde, estudos teóricos e empíricos*. (pp.425-442). Rio de Janeiro: Cepesc.

Carvalho, P. H. B., Filgueiras, J. F., Neves, C. M., Coelho, F. D. e Ferreira, M. E. C. (2013). Checagem corporal, atitude alimentar inadequada, insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(2), 108-114.

Castro, I. R., Levy, R. B., Cardoso, L. O. et al. (2010). Imagem corporal, estado nutricional e comportamento com relação a peso entre adolescentes brasileiros. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(2), 3099-4108.

Catão, L. G. e Tavares, R. L. (2017). Técnicas da Nutrição Comportamental no Tratamento dos Transtornos Alimentares. *Revista Campo do Saber*, 3(1), 244-261.

Cavalcante, J. A., Coelho, J. L. G., Almeida, N. S. et al. (2020). Comportamento alimentar e os aspectos que interferem na adesão e tratamento dos diabéticos tipo II: uma revisão integrativa. *Revista e-ciência*, 8(1), 54-59.

Colégio Oficial de Psicólogos de Madrid (2014). *Emociones y Salud*. Madrid.

Contento, I. R. (2008). Nutrition education: Linking research, theory and practice. *Asian Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 17(1), 176-179.

Contento, I. R., Williams, S. S., Michela, J. e Franklin, A. B. (2006). Understanding the food choice processo of adolescentes in the context of family and friends. *Journal of Adolescent Health*, 38(5), 575-582.

Cruz, A. I. T. (2011). *Ser masculino e ser feminino. Duas formas complementares do ser humano. Relatório final da Prática de Ensino Supervisionada*. Universidade Católica Portuguesa do Porto.

Cunha, L. N. (2008). *Anorexia, Bulimia e Compulsão alimentar: O comportamento alimentar*. São Paulo: Atheneu.

D´avila, H. F., Cás, S. e Mello, E.D. (2020). Instrumentos para avaliar o comportamento alimentar de crianças e adolescentes. *Demetria*, 15(1), 1-8.

Damásio, A. (2003) *Ao Encontro de Espinosa. As Emoções e Sociais e a Neurologia do sentir*. Lisboa: Temas e Debates.

Damásio, A. (2010). *O livro da consciência*. Lisboa: Bloco Gráfico Lda.

Dantas, T. M., Machado, M. F. A. S., Marinho, M. N. A. B. S., Silva, B. T., Alencar, D. L. e Barbosa, L. A. (2010). Educação em saúde como ferramenta na saúde sexual do adolescente. *Cadernos de cultura e ciência*, 1(2), 12-22.

Das, B. M. e Evans, E. M. (2014). Understanding weight management perceptions in first-year college students using the health belief model. *Journal of American College Health*, 62(7), 488-497.

Das, J. K., Salam, R. A., Thornburg, K. L. et al. (2017). Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. *Annals of the New York Acadmy of Sciences*, 1393(1), 21-33.

Davim, R. M. B., Germano, R. M., Menezes, R. M. V. e Carlos, D. J. D. (2009). Adolescente/Adolescência: Revisão Teórica sobre uma fase crítica da vida. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 10(2), 131-140.

Decker, R., Pinhatti, M. M., Castro, T. G. e Bizarro, L. (2021). Alimentação emocional: associações entre impulsividade, depressão, sexo e peso corporal em jovens adultos. *Psico*, 52(1), 1-10.

Deliens, T., Clarys, P., Bourdeaudhuij, I. e Deforche, B. (2014). Determinants of eating behavior in university students: a qualitative study using focus group discussion. *BMC Public Health*, 14(53), 1-12.

Deliens, T., Clarys, P., Van Hecke, L., De Bourdeaudhuij, I. e Deforche, B. (2013). Changes in weight and body composition during the first semester at university. A prospective explanatory study. *Appetite*, 65, 111–116.

Dias, P. S., Brito, J. A. S. e Costa, A. P. (2016). Influência da condição socioeconômica no comportamento alimentar de universitários do sexo masculino. *Revista eletrónica de administração e turismo*, 8(4), 927-944.

Direção-Geral da Saúde (2015a). *Portugal – Alimentação Saudável em números – 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2015b). Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020. Acedido em dezembro 14, 2020, em Direção-Geral da Saúde: http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf

Direção-Geral da Saúde (2015c). Programa Nacional de Saúde Escolar – 2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2016). *Portugal – Alimentação Saudável em números – 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Dovey, T. M. (2010). *Eating behaviour*. Maidenhead: Open University Press.

Duarte, F. M., Almeida, S. D. S. e Martins, K. A. (2013). Alimentação fora do domicílio de universitários de alguns cursos da área da saúde de uma instituição privada. *O Mundo da Saúde*, 37(3), 288-298.

Duarte, P. A. S. (2015). *The Three-Factor Eating Questionnaire-R21: a confirmatory factor analysis in a portuguese sample*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade de Coimbra.

Duarte, P. A. S., Palmeira, L. e Pinto-Gouveia, J. (2018). The Three-Factor Eating Questionnaire-R21: a confirmatory factor analysis in a Portugues sample. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 247–256.

Efthymiou, D., Kokokiris, L., Mesiari, C. e Vassilopoilou, E. (2021). Perceived ideal body weight exacerbates bulimia and dieting in bodybuilding athletes. *Preprints*, 1-11.

Ekman, P. (2011). *A linguagem das emoções*. São Paulo: Lua de Papel.

Enes, C. C. e Slater, B. (2010). Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(1), 163-171.

Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (2021). *Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável*. Acedido em fevereiro 11, 2021, em Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável: https://www.dgs.pt/em-destaque/estrategia-integrada-para-a-promocao-da-alimentacao-saudavel-eipas.aspx

Evers, C., Adriaanse, M., Ridder, D. T. e Huberts, J. C. W. (2013). Good mood food. Positive emotion as a neglected trigger for food intake. *Appetite*; 68, 1–7.

Evers, C. F., Stok, M. e Ridder, D. T. D. (2010). Feeding your feelings: emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36, 792–804.

Faria, N. U., Rinaldi, A. E. M. e Abdala, M. C. (2015). Hábitos alimentares e sociabilidade no horário de almoço de estudantes universitários. *Demetra*, 10(3); 539-554.

Faria, Y. O., Gandolfi, L. e Moura, L. B. A. (2014). Prevalência de comportamentos de risco em adulto jovem e universitário. *Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo*, 27(6), 591-595.

Feitosa, E. P. S., Dantas, C. A. O., Andrade-Wartha, E. R. S., Marcelini, P. S. e Mendes-Netto, R. S. (2010). Hábitos alimentares de estudantes de uma Universidade pública no nordeste, Brasil. *Revista Alimentação e Nutrição*, 21(2), 225-230.

Ferreira, D. Q. C. F., Fonsêca, D. X., Santos, L. D. T. et al. (2016). The Three Factor Eating Questionnaire – R21. Avaliação do Comportamento alimentar de estudantes de nutrição. *Catussaba*, 5(1), 75-84.

Ferreira, M. e Nelas, P. (2006). *Educação, Ciência e Tecnologia. Adolescências. Adolescentes.* Instituto Politécnico de Viseu.

Ferreira, P. D. A. A., Sampaio, R. M. M., Cavalcante, A. C. M., Monteiro, T. F., Pinto, F. J. M. e Arruda, S. P. M. (2018). Caracterização do comportamento alimentar e estado nutricional de adultos, *Motricidade*, 14(1), 252-258.

Figueiredo, R. C., Miranda, M. A. B., Teles, M. W. et al. (2016). Educação em saúde escolar e colaboração do enfermeiro: sob a ótica dos educadores da escola. *Revista Cereus*, 8(1), 1-19.

Flament, M. F., Hill, E. M., Buckholz, A., Henderson, K., Tasca, G. A. e Goldfield, G. (2012). Internalization of the thin and muscular body ideal and disordered eating in adolescence: the mediation effects of body esteem. *Body Image*, 9(1), 68-75.

Fochat, R. C., Paes, S. T., Raposo, N. R. B. e Chicourel, E. L. (2016). Qualidade da dieta de estudantes de uma universidade pública brasileira. *Revista de APS*, 19(1), 95 – 105.

Fonseca, S. C. F., Mourão-Carvalhal, M. I. M. e Coelho, E. M. R. T. C. (2017). Alteração de hábitos alimentares em crianças e adolescentes em idade escolar. *Eduser: revista de educação*, 9(1), 42-52.

Fortes, L. S., Cipriani, F. M. e Ferreira, M. E. C. (2013). Comportamentos de risco para transtorno alimentar: fatores associados em adolescentes escolares. *Trends Psychiatry Psychother*, 35(4), 279-286.

Fortes, L. S., Filgueiras, J. F., Oliveira, F. D. C., Almeida, S. S., Ferreira, M. E. C. (2016). Modelo etiológico dos comportamentos de risco para os transtornos alimentares em adolescentes brasileiros do sexo feminino. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(4), 1-11.

Fortes, L. S., Morgado, F. e Ferreira, M. (2013). Factores associados ao comportamento alimentar inadequado em adolescentes escolares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40(2), 59–64.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Freire, L. A. M. F. (2011). *Educação em Saúde com adolescentes: uma análise sob a perspetiva de Paulo Freire*. Universidade Federal de Minas Gerais.

Freitas, D. L. O. (2016). *Comportamento alimentar em estudantes de nutrição e a desejabilidade social enquanto confundidor.* Mestrado em Nutrição Clínica – Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Universidade do Porto.

Freitas, R. G. B. O. N. e Saron, M. L. G. (2011). A relação entre o estado nutricional e comportamento alimentar em adolescentes de uma escola pública de Volta Redonda – RJ. *Cadernos UniFOA*, 6(1), 69-79.

Freitas-Magalhães, A. (2007). *A Psicologia das Emoções: O Fascínio do Rosto Humano*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Friedrich, R. R., Polet, J. P., Schuch, I. e Wagner, M. B. (2014). Effect of intervention programs in schools to reduce screen time: a meta-analysis. *Jornal de Pediatria*, 90(3), 232-241.

Frois, E., Moreira, J. e Stengel, M. (2011). Mídias e a imagem corporal na adolescência: o corpo em discussão. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 71-77.

Fructuosa, F. A. S. P. C. (2015). *Influência das dimensões de vinculação sobre a regulação emocional e o comportamento alimentar nos jovens adultos*. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Gabriel, C. G., Ricardo, G. D., Vasconcelos, F. A. G., Corso, A. C. T., Assis, M. A. A. e Di Pietro, P. F. (2011). Alimentos comercializados nas escolas e estratégias de intervenção para promover a alimentação escolar saudável: revisão sistemática. *Revista* do *Instituto Adolfo Lutz*, 70(4),572-583.

Gambetta-Tessini, K., Mariño, R., Morgan, M., Evans, W. e Anderson, V. (2013). Stress and health-promoting attributes in Australian, New Zealand, and Chilean dental students. *Journal Dental Education*, 77(6), 801-809.

Gameiro, P. C. R. S. (2018). *Alexitimia, Comportamentos Alimentares, Esquemas Emocionais e Sintomas Psicopatológicos em Adultos*. Dissertação de Mestrado para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.

Gilhooly, C. H., Das, S. K. e Goldesn, J. K. (2007). Food cravings and energy regulation: the characteristic food and their relationship with eating behaviours and weigth change during 6 months of dietery energy restriction. *International Journal of Obesity*, 31(12); 1849-1858.

Godinho, C. e Marques, M. (2016). Promoção de comportamentos alimentares saudáveis e gestão do peso: Investigação em Portugal. *Psychology, Community & Health*, 5(2), 80- 84.

Gomes, C. M. e Horta, N. C. (2010). Promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar. *Revista APS*, 13(4), 486-499.

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

Gomes, M. (2017). *Relação entre a insatisfação com a imagem corporal, as refeições em família, perturbação emocional e comportamento alimentar perturbado: O papel moderador da maturação*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Gonçalves, J., Pereira, B. e Rodrigues, L. P. (2012). Comportamento Alimentar em Crianças e Adolescentes, Aptidão Morfológica e Actividade Física. *In* Pereira, B., Silva, A. N. e Carvalho, G. S. *Atividade Física, Saúde e lazer. O Valor Formativo do Jogo e da Brincadeira*

(pp. 241-253). Braga: Centro de Investigação em Estudos da Criança – Instituto de Educação – Universidade do Minho.

Gonçalves, J. M. S. (2011). *Comportamento Alimentar na escola, aptidão morfológica e atividade física. Estudo com crianças e adolescentes dos 10 aos 15 anos*. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho.

Gonçalves, R. D. C. (2019). *Estado nutricional e do comportamento alimentar dos estudantes dos cursos de saúde do centro de educação e saúde da UFCG – Cuité/PB*. Cuité: Universidade Federal de Campina Grande.

Gross, J. J. (2014). Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. *In* Gross, J. J. (Ed.), Handbook of Emotion Regulation (2ªed.) (pp. 3-20). Nova Iorque: The Guilford Press.

Guerra, P. H., Silveira, J. A. C. e Salvador, E. P. (2016). Physical activity and nutrition education at the school environment aimed at preventing childhood obesity: evidence from systematic reviews. *Jornal de Pediatria*, 92(1),15-23.

Guimarães, R. F., Langer, R. D., Guerra-Júnior, G. e Gonçalves, E. M. (2015). Efetividade de programas de intervenção escolar para reduzir fatores de risco à saúde em adolescentes: uma revisão sistemática. *Revista brasileira de cineantropometria e desempenho humano*, 17(4), 485-495.

Hazen, R., Schlozman, S. e Beresin, E. (2008). Adolescent psychological development: A review. *Pediatrics in Review*, 29(5), 161-168.

Holm-Denoma, J. M., Hankin, B. L. e Young, J. F. (2014). Developmental trends of eating disorder symptoms and comorbid internalizing symptoms in children and adolescents. *Eating Behavior*, 15(2), 275-279.

Hou, F., Xu, S., Zhao, Y. et al. (2013). Effects of emotional symptoms and life stress on eating behaviors among adolescentes, *Appetite*, 68, 63-68.

Infopédia (2021). *Emoção*. Acedido em março 13, 2021, em Infopédia: https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/emo%C3%A7%C3%A3o

Intiful, F. D., Oddam, E. G., Kretchy, I. e Quampah, J. (2019). Exploring the relatioship between the big five personality characteristics and dietary habits among students in a Ghanaian University. *BMC Psychology*, 7(10), 1-7

Joia, L. C. (2010). Perfil do estilo de vida individual entre estudantes universitários. *Revista Movimenta*, 3(1), 16-23.

Kaufman, A. (2012). Alimento e Emoção. *ABESO*, 60, 7-11.

Klotz-Silva, J., Prado, S. D. e Seixas, C. M. (2016). Comportamento alimentar no campo da Alimentação e Nutrição: do que estamos falando? *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 26(4), 1103-1123.

Konttinen, H., Mannisto, S., Sarlio-Lahteenkorava, S., Silventoinen, K. e Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54(3), 473–479.

Kruger, R., Bray, J., Beck, K., Conlon, C. e Stonehouse, W. (2016). Exploring the Relationship between Body Composition and Eating Behavior Using the Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in Young New Zealand Women. *Nutrients*, 8(386), 1–11.

Laessle, R. e Kertz, H. (2018). Eating Behavior after Experimentally Induced Emotions. *Journal of Obesity and Overweight*, 4(1), 1-3.

Laus, M. F., Nascimento, P. C. B. D., Almeida, S. S. e Costa, T. M. B. (2011). Determinantes ambientais do comportamento alimentar. *In* Diez-Garcia, R. W., Cervato-Mancuso, A. M. e Vannucchi, H., *Nutrição e metabolismo: mudanças alimentares e educação nutricional* (pp. 118-127). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Lauzon, B., Romon, M., Deschamps, V. et al. (2004). The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 is able to distinguish among diferente eating patterns in a general population. *Nutritional Epidemiology*, 134(9), 2372-2380.

Leahy, R., Tirch, D. e Napolitano, L. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. Guilford Press*. Nova Iorque. Estados Unidos da América.

Leal, G. V. S., Philippi, S. T., Matsudo, S. M. M. e Toassa, E. C. (2010). Consumo alimentar e padrão de refeições de adolescentes, São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(3), 457-467.

Leitão, M., Pimenta, F., Herédia, T e Leal, I. (2013). Comportamento alimentar, compulsão alimentar, história de peso e estilo de vida: diferenças entre pessoas com obesidade e com uma

perda de peso bem-sucedida. A*limentos* e *Nutrição* / Brazilian *Journal* of *Food* and Nutrition, 24(4), 393-401.

Levitan, R. D. e Davis, C. (2010). Emotions and Eating Behaviour: Implications for the Current Obesity Epidemic. *University of Toronto Quarterly, Spring*, 79 (2), 783-799.

Lira, S. M., Paixão, Y. N., Lima, C. L. S. et al. (2020). Comportamento alimentar em estudantes da saúde na cidade de Quixadá, CE. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(3), 4864-4875.

Lopes, M. A. M., Paiva, A. A., Lima, S. M. T., Cruz, K. J. C., Rodrigues, G. P. e Carvalho, C. M. R. G. (2017). Percepção da imagem corporal e estado nutricional em acadêmicas de nutrição de uma universidade pública. *Demetra*, 12(1), 193-206.

Loureiro, M. P. (2016). Estado nutricional e hábitos alimentares de universitários. *Segurança Alimentar e Nutricional*, 23(2), 955-972.

Lourenço, A. S. A. (2016). *Ingestão de alimentos como mecanismo de regulação da ansiedade*. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Lucas, J. M. R. (2014). *Hábitos Alimentares dos Estudantes do Ensino Superior*. Dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária. Instituto Politécnico da Guarda.

Machado, A. M. P. R. (2010). *Hábitos alimentares, ocupação dos tempos livres, Imagem Corporal e obesidade em crianças do 1º ciclo do ensino básico*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Machado, A. S., Jerónimo, C. e Godinho, C. (2015). (In) consciencialização do cuidador informal. *Revista UIIPS – Revista da ESSS*, 5(3), 24-39.

Machado, M. (2015). *Adolescentes*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11.

Macht, M. e Simons, W. G. (2011). *Emocional Eating*. Nova Iorque: Springer.

Maciel, E. S., Sonati, J. G., Modeneze, D. M., Vasconcelos, J. S. e Vilarta, R. (2012). Consumo alimentar, estado nutricional e nível de atividade física em comunidade universitária brasileira. *Revista de Nutrição*, 25(6), 707-718.

Magalhães, A. (2013). *O código de Ekman - o cérebro, a face e a emoção*. Porto: Escrytos.

Magalhães, P. (2011). *Comportamento alimentar, estado nutricional e Imagem Corporal de Estudantes de Nutrição: Aspectos Psicossociais e Percurso Pedagógico.* Tese para obtenção de grau de Doutor em Ciências Farmacêuticas. São Paulo: Universidade Estadual Paulista.

Marques, C. R. C. (2017). *Estilo de vida dos estudantes do ensino superior*. Dissertação elaborada para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Comunitária. Instituto Politécnico da Guarda.

Martín, R. B. (2019). *Proposta de unidade didática sobre as emoções na educação infantil*. Universidade de Sevilha.

Martins, C. (2009). *Antropometria*. Brasil: Instituto Cristina Martins.

Matias, C. T. e Fiore, E. G. (2010). Mudanças no comportamento alimentar de estudantes do curso de nutrição em uma instituição particular de ensino superior. *Nutrire*, 35(2), 53-66.

Mazer, L. C. e Rodrigues, A. A. (s.d.). *XIII Encontro de Iniciação Científica do Centro Universitário Barão de Mauá*. Acedido em: https://api3.baraodemaua.br/media/20838/larissa-cristina-mazer.pdf

Medeiros, A. C. Q., Yamamoto, M. E., Pedrosa, L. F. C. e Hutz, C. S. (2017). The Brazilian version of the three-factor eating questionnaire-R21: psychometric evaluation and scoring pattern. *Eating Weight Disorders*, 22(1), 169–75

Medeiros, V. P. Q., Campos, C. S. e Oliveira, E. N. A. (2020). O comportamento alimentar dos estudantes da rede de ensino médio de Pau dos Ferros/RN: um estudo entre uma escola pública e uma escola privada. *EDUCA - Revista Multidisciplinar em Educação*, 7(17), 165- 190.

Medina, C. R., Urbano, M. B., Espinosa, A. J. e López, Á. T. (2020). Eating Habits Associated with Nutrition-Related Knowledge among University Students Enrolled in Academic Programs Related to Nutrition and Culinary Arts in Puerto Rico. *Nutrients*, 12(5), 1-14.

Mendes, C.S. (2011). Prevenção da violência escolar: avaliação de um programa de intervenção. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 581-588.

Mendes, S. F. A. e Sousa, E. V. (2019). *Estudo sobre aspectos do comportamento alimentar nos acadêmicos de instituição superior privada em Teresina-Pi*. Teresina: Uni Novafapi - Centro Universitário.

Micanti, F., Lasevoli, F., Cucciniello, C. et al. (2017). The relationship between emotional regulation and eating behaviour: a multidimensional analysis of obesity psychopathology. *Eating and Weight Disorders*, 22(1), 105–115.

Michelini, Y., Acuña, I. e Godoy, J. C. (2016). Emociones, toma de decisiones y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Suma Psicológica*, 23(1), 42–50.

Miguel, C. M. O. (2015). *Estilos de regulação emocional e apoio social como determinantes do comportamento alimentar nos jovens adultos*. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Mills, J. S. e Palandra, A. (2008). Perceived caloric content of a preload and disinhibition among restrained eaters. *Appetite*, 50(2-3), 240-245.

Momm, N. e Hofelmann, D. A. (2014). Qualidade da dieta e fatores associados em crianças matriculadas em uma escola municipal de Itajaí, Santa Catarina. *Cadernos Saúde Coletiva*, 22(1), 32- 39.

Monteiro, M. R. P., Andrade, M. L. O., Zanirati, V. F. e Silva, R. R. (2009). Hábito e consumo alimentar de estudantes do sexo feminino dos cursos de nutrição e de enfermagem de uma universidade pública brasileira. *Revista APS*, 12(3), 271-277.

Moore, S., Mckone, K. e Mendle, J. (2016). Recollections of puberty and disordered eating in young women. *Journal of Adolescence*, 53, 180-188.

Moraes, P. M. e Dias, C. M. S. B. (2012). Obesidade infantil a partir de um olhar histórico sobre alimentação. *Revista Interação Psicológica*, 16(2), 317-326.

Moreira, R. C. M. e Costa, T. M. B. (2013). A complexidade e as nuanças do comportamento alimentar. *In* Almeida, S. S., Costa, T. M. B, Laus, M. F. e Straatmann, G., *Psicologia do comportamento alimentar* (pp.33-44). Rio de Janeiro: Rubio.

Moreira, W. C., Viana, M. R. P., Carvalho, A. R. B., Frota, B. C., Sousa, M. C. P. e Lago, E. C. (2015). Ações educativas do enfermeiro na promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente. *Revista Interdisciplinar*, 8(3), 213-220.

Moreno-Gómez, C., Romaguera-Bosch, D., Tauler-Riera, P. et al. (2012). Clustering of lifestyle factos in Spanish university students: the relationship between smoking, alcohol consumption, physical activity and diet quality. *Public Health Nutrition*, 15(11), 2131-2139.

Morgado, A. (2006). Programa de controlo da obesidade. *In* I. Trindade, I, Correia, R., e Teixeira, J. C. (Ed.). *Actas da V conferência de psicologia nos cuidados de saúde primários: Psicologia, promoção da saúde e prevenção* (pp. 151-163). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Moschen, T. (2018). *Associação entre comportamento alimentar e saúde mental de adolescentes nos diferentes estados nutricionais.* Dissertação para obtenção do título de Mestre em Saúde e Desenvolvimento Humano. Canoas: Universidade La Salle.

Mueller, M. P., Blondin, S. A., Korn, A. R., Bakun, P. J., Tucker, K. L. e Economos, C. D. (2018). Behavioral Correlates of Empirically-Derived Dietary Patterns among University Students. *Nutrients*, 10(6), 1-16.

Nalha, M. F. F. (2013). *Enfermagem comunitária em contexto escolar: sexualidade na adolescência*. Relatório de estágio para obtenção do grau de mestre em enfermagem comunitária. Escola Superior de Saúde de Santarém.

Natacci, L. C. e Júnior, F. M. (2011). The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Revista de Nutrição*, 24(3), 383-394.

Neslisah, R. e Emine, A. Y. (2011). Energy and nutrient intake and food patterns among Turkish university students. *Nutrition Research and Practice*, 5(2), 117–123.

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Larson, N. I., Eisenberg, M. E. e Loth, K. (2011). Dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(7), 1004-1011.

Nunes, C. B. e Guimarães, W. A. (2009). *Alterações do comportamento alimentar na adolescência: anorexia, bulimia e obesidade*. Monografia para obtenção do título de graduado em Psicologia. Minas Gerais: Universidade Vale do Rio Doce.

Nunes, L. (2013). *Conferência de abertura, Reunião Nacional de Comissões de Ética, Hospital da Luz.* Acedido em dezembro 16, 2021, em Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal:https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4803/1/Historia%20das%20Comissoes%20de%20Etica_LN_2013.pdf

Ochsenhofer K., Quintella, L. C. M., Silva, E. C. et al. (2006). O Papel da Escola na Formação da Escolha Alimentar: Merenda Escolar ou Cantina*? Nutrire: revista da sociedade brasileira de alimentação e nutrição,* 31(1), 1-16.

Oliveira, C. T., Carlotto, R. C., Vasconcelos, S. J. L. e Dias, A. C. G. (2014). Adaptação acadêmica e Coping em estudantes universitários brasileiros: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 15(2), 177-186.

Oliveira, W. K. (2012). Hábitos alimentares contemporâneos e a elaboração de uma ética teológica em perspectiva. *Revista dos anais do congresso da faculdade de São Leopoldo*, 1, 1178-1194.

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento n.º 428/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Acedido em janeiro 24, 2021, em Diário da República Eletrónico: https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698616/details/normal?l=1

Osdoba, K. E., Mann, T., Redden, J. P. e Vickers, Z. (2015). Using food to reduce stress: Effects of choosing meal components and preparing a meal. *Food Quality and Preferences*, 39, 241-250.

Pantelis, D. (2018). The role of emotions in eating behavior and impact on obesity and weight management. *Advances in Obesity, Weight Management & Control*, 8(3), 175–176.

Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S. et al. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 38, 2423–2478.

Peltzer, K., Pengpid, S. e Mohan, K. (2014). Prevalence of health behaviors and their associated factors among a sample of university students in India. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 26(4), 531–540.

Penaforte, F. R., Matta, N. C. e Japur, C. C. (2016). Associação entre estresse e comportamento alimentar em estudantes universitários. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 11(1), 225-237.

Pender, N. e Murdaugh, C. (2015). *Health Pomotion in Nursing Practice*. Estados Unidos da América: Pearson Education.

Péneau, S, Ménard, E., Méjean, C., Bellisle, F. e Hercberg, S. (2013). Sex and dieting modify the association between emotional eating and weight status. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 97(6), 1307-1313.

Pereira, C. M., Silva, A. L. e Sá, M. I. (2015). Fatores que influenciam os comportamentos alimentares: questionário das escolhas alimentares dos adolescentes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 16(3), 421- 438.

Pereira, C. S. M. (2014). *Autorregulação e eus possíveis: um contributo para a investigação na promoção da saúde e prevenção da obesidade em adolescentes.* Universidade de Lisboa.

Pereira, M. A. (2018). *Comportamento alimentar na obesidade: um estudo na região autónoma dos Açores*. Dissertação para obtenção de grau de mestre. Braga: Universidade do Minho.

Pereira, T. C., Sousa, F. G. A., Moreira, A. S., Santos, J. L., Patrício, A. M. D. e Bueno, M. M. (2019). Estado emocional e comportamento alimentar de universitárias de uma instituição de ensino particular. *Revista e-ciência*, 7(1), 16-20.

Perez, P. M. P., Castro, I. R. R., Franco, A. S., Bandoni, D. H. e Wolkoff, D. B. (2016). Práticas alimentares de estudantes cotistas e não cotistas de uma universidade pública brasileira. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 531-542.

Pérez-Fuentes, M. C., Jurado, M. M. M., Linares, J. J. G. e Ruiz, N. F. O. (2019). Propriedades psicométricas del Three Factor Eating Questionnaire en personal sanitario. *Nutrición Hospitalaria*, 36(2), 434-440.

Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A. e Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16 (2), 85-112.

Pires, M. L. G. (2018). *Avaliação de atitudes alimentares e (in)satisfação com a imagem corporal em estudantes do ensino secundário*. Relatório Final de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Saúde de Bragança.

Poínhos, R., Oliveira, B. M. e Correia, F. (2013). Eating behaviour patterns and BMI in Portuguese higher education students. *Appetite, 71*(1), 314-320.

Priberam (2021). *Idade*. Acedido em dezembro 13, 2010, em Priberam: https://dicionario.priberam.org/idade

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2021). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Acedido em fevereiro 11, 2021, em Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável: https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/

Provencher, V., Drapeau, V., Tremblay, A., Després, J. P. e Lemieux, S. (2003). Eating behaviors and indexes of body composition in men and woman from the Québec family study. *Obesity Research*, 11(6), 783-792.

Psicología-Online (2018). *Classificacion y Características de las Emociones*. Acedido em março 13, 2021, em Psicología-Online: https://www.psicologia-online.com/clasificacion-y-caracteristicas-de-las-emociones-1079.html

Quaioti, T. C. B. e Almeida, S. S. (2006). Determinantes Psicobiológicos do Comportamento Alimentar: Uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. *Psicologia USP*, 17 (4), 193-211.

Quick, V. M. e Byrd-Bredbenner, C. (2013). Disturbed eating behaviours and associated psychographic characteristics of college students. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26(1), 53–63.

Rachmi, N. C., Jusril, H., Ariawan, I, Beal, T. e Sutrisna, A. (2020). Eating behaviour of Indonesian adolescents: a systematic review of the literature. *Public Health Nutrition*, 24(2), 84-97.

Racine, S. E., Keel, P. K., Burt, S. A. et al. (2013). Individual differences in the relationship between ovarian hormones and emotional eating across the menstrual cycle: a role for personality? *Eating Behavior*, 14(2),161–166.

Ramalho, S., Marinho, A., Pinto-Bastos, A. et al. (2018). Índice de Massa Corporal e comportamentos alimentares problemáticos: estudo transversal de amostra comunitária recolhida em campanha de sensibilização pra a obesidade. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 15, 1-6

Ramis, T. R., Mielke, G. I., Habeyche, E. C., Oliz, M. M., Azevedo, M. R. e Hallal, P. C. (2012). Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. *Revista Brasil Epidemiologia*, 15(2), 376-85.

Rasche, A. S. e Santos, M. S. S. (2013). Enfermagem escolar e sua especialização: uma nova ou antiga atividade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(4), 607-10.

Real Academia Española (2021). *Emoción*. Acedido em janeiro 24, 2021, em Real Academia Española: https://goo.gl/Zovq2p.

Rebelo, C. F. T. (2018). *Relação entre o comportamento alimentar e variáveis motivacionais em crianças e adolescentes*. Dissertação para obtenção do grau de mestre. Covilhã: Universidade da Beira Interior.

Ribeiro, G. M. T., Pereira, L. C. S. e Mello, A. P. Q. (2020). A relação do comportamento alimentar com a autopercepção da imagem corporal. *Advances in Nutritional Sciences*, 1(1), 21-32.

Rocha, A., Correia, C., Pestana, L., Bento, M., Preto, O. e Lobão, S. (2011). Saúde Escolar em Construção: Que Projetos? *Millenium*, 41, 89-113.

Rosa, E. F. T., Oliveira, E. C., Campos, I. C. M., Andrade, S. C. e Adão, I. C. (2017). Considerações sobre a enfermagem na escola e suas práticas educativas. *Holos*, 5, 360-369.

Sanchez-Benito, J. L. e Pontes, Y. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2148-2150.

Santos, A., Santana, M. S., Silva, W. R. e Campos, J. A. D. B. (2017). Comportamento alimentar de estudantes de farmácia-bioquímica. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 38(1).

Santos, A. M., Vaz, D. S. S. e Mazur, C. E. (2018). Existe associação entre comportamento alimentar, estado nutricional e tempo de prática de zumba fitness? *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, 12(80), 1161-1170.

Santos, B., Silva, C. e Pinto, E. (2018). *Importância da escola na educação alimentar em crianças do primeiro ciclo do ensino básico – como ser mais eficaz*. Acedido em março 15, 2021, em Acta Portuguesa de Nutrição: https://actaportuguesadenutricao.pt/wp-content/uploads/2018/11/04_Import%C3%A2ncia-da-escola-na-educa%C3%A7%C3%A3o-alimentar-em-crian%C3%A7as-do-primeiro-ciclo-do-ensino-b%C3%A1sico-1.pdf

Santos, G. D. e Ribeiro, S. M. L. (2011). Aspectos afetivos ao comportamento alimentar dos idosos frequentadores de um centro de convivências. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(2), 319-328.

Santos, J. J. A., Saracini, N., Silva, W. C., Guilherme, J. H., Costa, T. A. e Silva, M. R. A. G. (2014). Estilo de vida relacionado à saúde de estudantes universitários: comparação entre ingressantes e concluintes. *ABCS Health Sciences*, 39(1), 17-23.

Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H. et al. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*, 379, 1630-1640.

Schomer, E. Z. e Kachani, A. T. (2010). Imagem corporal. *In* T. A. Cordas e A. T. Kachani, *Nutrição e psiquiatria* (pp. 107-118). Porto Alegre: Artmed.

Serin, Y. e Sanlier, N. (2018). Emotional eating, the facts that affect food intake, and basic approaches to nursing care of patients with eating disorders. *Journal of Psychiatric nursing*, 9(2), 135-146.

Silva, A. L., Reis, E. C. e Greiner, B. R. M (2016). *Atuação do enfermeiro na promoção da saúde escolar*. II Congresso Brasileiro Interdisciplinar de promoção da saúde. Universidade de Santa Cruz do Sul.

Silva, A., Sousa, M., Melo, P., Cardoso, T., Martins, A. e Sousa, S. (2015). Papel profissional enquanto diagnóstico de enfermagem no contexto escolar - um estudo de caso. *Nursing*, 1-12.

Silva, B. e Martins, E. (2017). Mindful Eating na Nutrição Comportamental. *Revista Científica Univiçosa*, 9(1), 82-86.

Silva, C. (2011). *Estudo de competências emocionais e sua correlação com o auto-conceito*. Dissertação de mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Silva, D. C. A., Frazão, I. S., Osório, M. M. e Vasconcelos, M. G. L. V. (2015). Percepção de adolescentes sobre a prática de alimentação saudável. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(11), 299-3308.

Silva, I., Pais-Ribeiro, J. L. e Cardoso, H. (2008). Porque comemos o que comemos? Determinantes psicossociais da selecção alimentar. *Psicologia, saúde & doenças*, 9(2), 189-208.

Silva, J. G., Teixeira, M. L. O. e Ferreira, M. A. (2014). Alimentação na adolescência e as relações com a saúde do adolescente. *Texto e Contexto Enfermagem*, 23(4), 1095-1103.

Silva, M., Bezerra, E., Lourenço, K., Queiroz, E., Ribeiro, D. e Monteiro, E. (2017). Influência alimentar no desenvolvimento das doenças crónicas na adolescência: uma revisão da literatura. *Revista Saúde*, 11(1), 49.

Silva, P., Borrego, R., Ferreira, V. et al. (2015). *Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior: o caso dos estudantes da ULisboa-2012*. Estudos SICAD.

Silva, P. S. M., Viana, M. N. e Carneiro, S. N. V. (2011). *O desenvolvimento da adolescência na teoria de Piaget*. Acedido em janeiro 22, 2021, em psicologia.pt: https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0250.pdf

Silva, S. P. (2015). Complexidade, conhecimento e educação: a emergência de um novo paradigma epistemológico no contexto contemporâneo. *Revista Educação*, 40(21), 375-388.

Silva, T. A., Jordani, M. T., Guimarães, I. G. C., Alves, L., Braga, C. B. M. e Luz, S. A. B. (2020). Avaliação do comportamento alimentar e da neofobia alimentar em crianças e adolescentes do município de Uberaba, MG. *Revista Paulista de Pediatria*, 39, 1-7.

Silveira, R. E., Santos, A. S. e Pereira, G. A. (2014). Consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre adolescentes do ensino fundamental de um município brasileiro. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 51-60.

Sloan, P., Legrand, W. e Chen, J. S. (2008). Factors affecting the choices young people make when selecting healthy food: A conceptual model. *Journal of Culinary Science and Technology*, *6*, 206-220.

Sogari, G., Velez-Argumedo, C., Gómez, M. I. e Mora, C. (2018). College Students and Eating Habits: A Study Using An Ecological Model for Healthy Behavior. *Nutrients*, 10(12), 1-16.

Sousa, N. F. P. D. (2012). *O impacto da exposição ao afeto negativo no comportamento alimentar: quantidade ingerida e escolha alimentar*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Braga: Universidade do Minho.

Souza, A. A. e Cadete, M. M. M. (2017). O papel das famílias e da escola na formação de hábitos alimentares saudáveis de crianças escolares. *Revista do Programa de Pós-graduação em Educação da Unochapecó*, 19(40), 136-154.

Souza, A. S., Maciel, J. P. V., Freitas, K. K. R. et al. (2012). O comportamento alimentar e os distúrbios psicológicos. *Psicologia.pt*, 1-11.

Souza, D. C. (2017). *Condições emocionais de estudantes universitários: estresse, depressão, ansiedade, solidão e suporte social*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Minas Gerais: Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Spoor, S. T. P., Bekker, M. H. J., Strien, T. V. e Van Heck, G. L. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite*, 48(3), 368-376.

Sprake, E. F., Russell, J. M., Cecil, J. E. et al. (2018). Dietary patterns of university students in the UK: a cross-sectional study. *Nutrition Journal*, 17(90), 1-17.

Stok, F. M., Renner, B., Clarys, P., Lien, N., Lakerveld, J. e Deliens, T. (2018). Understanding Eating Behavior during the Transition from Adolescence to Young Adulthood: A Literature. *Nutrients*, 10(6), 1-16.

Stunkard, A. J. e Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(1), 71-83.

Tanton, J., Dodd, L. J. Woodfield, L. e Mabhala, M. (2015). Eating Behaviours of British University Students: A Cluster Analysis on a Neglected Issue. *Advances in Preventive Medicine*, 15, 1-8.

Tassitano, R. M., Martins, C. M. L., Cabral, P. C., Mota, J., Tenório, M. C. M. e Silva, G. A. P. (2016). Psychosocial factors and physical activity as predictors of fruit and vegetable intake in college students. *Revista de Nutrição*, 29,173-183.

Toral, N. e Slater, B. (2007). Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6), 1641-1650.

United Nations International Children's Emergency Fund (2006). *Adolescent development: Perspectives and frameworks*. Nova Iorque: United Nations Children’s Fund.

Valladares, M., Durán, E., Matheus, A., Durán-Aguero, S., Obregón, A. M. e Ramírez-Tagle, R. (2016). Association between Eating Behavior and Academic Performance in University Students. *Journal of the American College of Nutrition*, 35(8), 699-703.

VanStrien, T., Cebolla, A., Etchemendy, E. et al. (2013). Emotional eating and food intake after sadness and joy. *Appetite*, 66, 20–25.

Varela-Arévalo, M.T., Ochoa-Muñoz, A. F. e Tovar-Cuevas, J. R. (2016). Tipologías de estilos de vida en jóvenes universitários. *Revista Universidad y Salud*, 18(2), 246-256.

Vaz, D. S. S. e Bennemann, R. M. (2014). Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. *Revista UNINGÁ*, 20(1), 108-112.

Vaz, F. J. (2009). *Diferenciação e Regulação Emocional na Idade Adulta: Tradução e Validação de Dois Instrumentos de Avaliação para a População Portuguesa.* Tese para a obtenção do grau de mestre. Braga: Universidade do Minho.

Verbeken, S., Goldschmidt, A. B., Evers, C., Braet, C. e Goossens, L. (2019). Eating Behavior Research in Children's and Adolescent's Naturalistic Environment. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-3.

Veríssimo, A. C., Costa, R., Gonçalves, E. e Araújo, F. (2011). Níveis de Stress no Ensino Superior. *Psicologia e Educação*, 1(2), 41-48.

Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4, 611-624.

Viana, V., Candeias, L., Rego, C. e Silva, D. (2009). Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: Uma revisão da bibliografia. *Alimentação Humana*, 1(15), 9-16.

Viana, V., Santos, P. L. e Guimarães, M. J. (2008). Comportamentos e hábitos alimentares em crianças e jovens: uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(2), 209-231.

Vicario. M. I., Fierro, C. G. e Hidalgo. M. G. (2014). La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. *Medicin*, 11(61), 3579- 3587.

Vieira, M., Gaspar, S., Galante, R. e Nóbrega, T. (2018). *Promoção da saúde em contexto escolar*. Instituto Politécnico de Santarém.

Viejo, C., Gómez-López, M. e Ortega-Ruiz, R. (2018). Adolescents' psychological well-being: A multidimensional measure. *International Journal of Environmental Research in Public Health*, 15(10), 1-22.

Vilelas, J. (2017). *Investigação – O processo de construção do conhecimento (2ª ed.).* Lisboa: Edições Sílabo.

Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S. et al. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379, 1641–1652.

Wald, A., Muennig, P. A., O'Connell, K. A. e Garber, C. E. (2014). Associations between Healthy Lifestyle Behaviors and Academic Performance in U.S. Undergraduates: A Secondary Analysis of the American College Health Association's National College Health Assessment II. *American Journal of Health Promotion*, 28(5), 298–305.

Wehling, H. e Lusher, J. M. (2019). Cognitive and Emotional Influences on Eating Behaviour: A Qualitative Perspective. *Nutrition and Metabolic Insights*, 12, 1–5.

Weidner, G., Kohlmann, C. W., Dotzauer E. e Burns, L. R. (2014). The effects of academic stress on health behaviors in young adults. *Anxiety Stress Coping*, 9(2), 123-33.

Wengreen, H. J. e Moncur, C. (2009) – Change in diet, physical activity, and body weight among young-adults during the transition from high school to college. *Nutrition Journal*, 8(32), 1-7.

World Health Organization (2012). *Preventing chronic diseases: A vital investment*. Acedido em fevereiro 14, 2021, em World Health Organization: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/presentation/en/index.html

World Health Organization (2013). *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020*. Acedido em março 14, 2021, em World Health Organization: https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236

World Health Organization (2014). *Health for the World's Adolescents: A second chance in the second decade*. Acedido em março 16, 2021, em World Health Organization: https://apps.who.int/iris/handle/10665/112750

World Health Organization (2016). *Adolescents´Dietary Habits*. Acedido em fevereiro 24, 2021, em World Health Organization: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/303477/HBSC-No.7_factsheet_Diet.pdf

World Health Organization (2019a). *Adolescent health and development.* Acedido em abril 22, 2020, em World Health Organization: http://www.searo.who.int/entity/child_adolescent/topics/adolescent_health/en/

World Health Organization (2019b). *Adolescent development.* Acedido em abril 22, 2020, em World Health Organization: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/development/en/

World Health Organization (2020). *Adolescent health and development*. Acedido em março 13, 2021, em World Health Organization: https://www.who.int/news-room/q-a-detail/adolescent-health-and-development

World Health Organization (2021). *Body mass índex – BMI.* Acedido em novembro 18, 2020, em World Health Organization: https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi

Xavier, M. F., Paiva, J. B., Juan, J. O., Gonçalves, M. e Silva, M. C. R. (2020). Avaliação do estresse, estilo alimentar e qualidade de vida em praticantes de atividade física e sedentários. *Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida,*12(3), 1-16.

Yang, K., Turk, M. T., Allison, L. V., James, K. A. e Chasens, E. (2014). Body mass index self-perception and weight management behaviors during late adolescence. *Journal of School Health*, 84(10), 654-660.

Yokota, R. T. C., Vasconcelos, T. F., Pinheiro, A. R. O., Schimtz, B. A. S., Coitinho, D. C. e Rodrigues, M. L. C. F. (2010). Projeto "a escola promovendo hábitos alimentares saudáveis": comparação de duas estratégias de educação nutricional no Distrito Federal, Brasil. *Revista de Nutrição*, 23(1), 37-47.

Yousif, M. M., Kaddam, L. A. e Humeda, H. S. (2019). Correlation between physical activity, eating behavior and obesity among sudanese medical students Sudan. *BMC Nutrition* 5(6), 1-8

Zancul, M. S., Precioso, J. e Alves, R. (2017). Educação Alimentar em escolas do Ensino Básico de Portugal. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, 6, 35-39.

Zazpe, I., Marqués, M., Sánchez-Tainta, A. et al. (2013). Hábitos alimentarios y actitudes hacia el cambio en alumnos y trabajadores universitarios españoles. *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 1673-1680.

Zordão, O. P., Barbosa, A., Parisi, T. S., Grasselli, C. S. M., Nogueira, D. A. e Silva, R. R. (2015). Associação da imagem corporal e transtornos alimentares em adolescentes em Minas Gerais (Brasil). *Nutricíon Clínica y Dietética Hospitalaria*, 35(2), 48-56.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Assinatura:_____ Data:____/____/_____

Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico da Guarda

Questionário

Nº: _____

Andreia Filipa Saraiva Valente, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda pretende, através deste estudo, caraterizar o caraterizar o comportamento alimentar dos estudantes a frequentarem o primeiro ano dos cursos de licenciatura de um instituto politécnico do interior do país e avaliar a sua relação com a idade, o sexo, o índice de massa corporal e o curso de licenciatura e respetiva unidade orgânica, sensibilizando para a influência das emoções nas escolhas alimentares e para as consequências na saúde física.

Todos os dados recolhidos serão usados exclusivamente para fins académicos, encontrando-se assegurado o seu anonimato e confidencialidade. Os participantes deste estudo não serão identificados em nenhum momento, seja durante a elaboração do estudo ou na divulgação dos resultados obtidos.

O presente estudo é realizado sob a orientação da Professora Especialista Inês Fonseca e co-orientação da Professora Doutora Isabel Fernandes.

Parte I - Dados sociodemográficos

Por favor, assinale com X a condição que se aplica no seu caso.

Preencha os espaços disponíveis para registar as suas respostas.

Sexo: Feminino ____ Masculino ____

Idade: _____ anos

Curso: _____

Parte II – Dados antropométricos

Por favor, preencha os espaços disponíveis para registar as suas respostas.

Peso atual (em Kg): ____ kg

Altura atual (em m): ____ m

Parte III - Questionário TFEQ-R21

A.J. Stunkard & S. Messich (1985)

Adaptado para a População Portuguesa por Duarte, Palmeira e Pinto-Gouveia (2018)

Nesta parte do questionário, irá responder a questões relacionadas com os seus hábitos alimentares e sensações de fome.
Leia, cuidadosamente, cada afirmação e coloque uma X na resposta que melhor se aplica a si podendo, apenas, registar uma opção em cada item.

1. Escolho deliberadamente pequenas porções de comida como forma de controlar o peso			
Completamente Verdadeiro	Verdadeiro na maior parte das vezes	Falso na maior parte das vezes	Completamente falso
☐1	☐2	☐3	☐4
2. Começo a comer quando me sinto ansioso(a)			
Completamente Verdadeiro	Verdadeiro na maior parte das vezes	Falso na maior parte das vezes	Completamente falso
☐1	☐2	☐3	☐4
3. Às vezes, quando começo a comer, parece que não consigo parar			
Completamente Verdadeiro	Verdadeiro na maior parte das vezes	Falso na maior parte das vezes	Completamente falso
☐1	☐2	☐3	☐4
4. Quando me sinto triste, como demais			
Completamente Verdadeiro	Verdadeiro na maior parte das vezes	Falso na maior parte das vezes	Completamente falso
☐1	☐2	☐3	☐4
5. Não como certos alimentos porque me fazem engordar			
Completamente Verdadeiro	Verdadeiro na maior parte das vezes	Falso na maior parte das vezes	Completamente falso
☐1	☐2	☐3	☐4
6. Estar com alguém que está a comer faz, frequentemente, com que eu queira comer também			
Completamente Verdadeiro	Verdadeiro na maior parte das vezes	Falso na maior parte das vezes	Completamente falso

☐1	☐2	☐3	☐4
7. Quando me sinto tenso(a) ou stressado(a), sinto frequentemente que preciso de comer			
Completamente Verdadeiro	Verdadeiro na maior parte das vezes	Falso na maior parte das vezes	Completamente falso
☐1	☐2	☐3	☐4
8. Frequentemente, fico tão esfomeado(a) que o meu estômago parece um buraco sem fundo			
Completamente Verdadeiro	Verdadeiro na maior parte das vezes	Falso na maior parte das vezes	Completamente falso
☐1	☐2	☐3	☐4
9. Sinto-me sempre de tal maneira esfomeado(a), que me é muito difícil parar de comer antes de acabar tudo o que tenho no prato			
Completamente Verdadeiro	Verdadeiro na maior parte das vezes	Falso na maior parte das vezes	Completamente falso
☐1	☐2	☐3	☐4
10. Quando me sinto só, consolo-me a comer			
Completamente Verdadeiro	Verdadeiro na maior parte das vezes	Falso na maior parte das vezes	Completamente falso
☐1	☐2	☐3	☐4
11. Contenho-me no que como às refeições para não ganhar peso			
Completamente Verdadeiro	Verdadeiro na maior parte das vezes	Falso na maior parte das vezes	Completamente falso
☐1	☐2	☐3	☐4
12. Quando sinto o aroma de um alimento saboroso ou vejo um alimento com aspeto delicioso, tenho dificuldade em evitar comê-lo, mesmo que tenha acabado de fazer uma refeição			
Completamente Verdadeiro	Verdadeiro na maior parte das vezes	Falso na maior parte das vezes	Completamente falso
☐1	☐2	☐3	☐4
13. Tenho sempre fome suficiente para comer a qualquer momento			
Completamente Verdadeiro	Verdadeiro na maior parte das vezes	Falso na maior parte das vezes	Completamente falso
☐1	☐2	☐3	☐4
14. Quando me sinto nervoso(a), tento acalmar-me comendo			
Completamente Verdadeiro	Verdadeiro na maior parte das vezes	Falso na maior parte das vezes	Completamente falso
☐1	☐2	☐3	☐4
15. Quando vejo um alimento realmente muito apetitoso, geralmente, fico com tanta fome que tenho de comer imediatamente			

Completamente Verdadeiro	Verdadeiro na maior parte das vezes	Falso na maior parte das vezes	Completamente falso
☐1	☐2	☐3	☐4
16. Quando me sinto deprimido(a), tenho vontade de comer			
Completamente Verdadeiro	Verdadeiro na maior parte das vezes	Falso na maior parte das vezes	Completamente falso
☐1	☐2	☐3	☐4
17. Com que frequência evita abastecer-se de alimentos que acha tentadores			
Quase nunca	Raramente	Normalmente	Quase sempre
☐1	☐2	☐3	☐4
18. Qual a probabilidade de, conscientemente, comer menos do que o que realmente gostaria de comer?			
Não é provável	Pouco provável	Moderadamente provável	Muito provável
☐1	☐2	☐3	☐4
19. Tem episódios em que come excessivamente, mesmo sem ter fome?			
Nunca	Raramente	Às vezes	Pelo menos uma vez por semana
☐1	☐2	☐3	☐4
20. Com que frequência sente fome?			
Só às refeições	Às refeições e, por vezes, entre as refeições	Às refeições e, frequentemente, entre as refeições	Quase sempre
☐1	☐2	☐3	☐4
21. Numa escala de 1 a 8, em que 1 significa não fazer qualquer restrição alimentar (comer o que quiser e quando quiser) e 8 traduz o máximo de restrição (limitar constantemente a ingestão de alimentos sem nunca ceder), assinale o número que melhor traduz o seu comportamento.			
1 2 3 4 5 6 7 8			
Como tudo o que quero e quando quero			Limito constantemente a minha ingestão de alimentos, “nunca cedo”

Agradeço a sua participação!

APÊNDICE B - CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Caso tenha alguma dúvida, solicite mais esclarecimentos à equipa de investigação. Após a leitura e se estiver de acordo com o que é proposto, queira concordar com este documento.

Título do estudo: Pretende-se realizar um estudo intitulado "O Comportamento Alimentar dos estudantes de um instituto politécnico do interior do país".

Enquadramento: Este estudo está inserido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda. A equipa de investigação é constituída pela investigadora Andreia Filipa Saraiva Valente e pelas orientadoras Professora Inês Alexandra Dias Fonseca e Professora Doutora Isabel Maria Ribeiro Fernandes.

Sendo a adolescência um período onde se verificam necessidades nutricionais mais exigentes, associadas à puberdade, o Comportamento Alimentar tem um papel fundamental pois irá delimitar condições favoráveis ou não ao crescimento e desenvolvimento dos adolescentes.

Explicação do estudo: O objetivo deste estudo é caraterizar o caraterizar o comportamento alimentar dos estudantes a frequentarem o primeiro ano dos cursos de licenciatura de um instituto politécnico do interior do país. Para que este objetivo seja alcançado, é necessário que responda a um questionário com vista à recolha de informação.

Condições e financiamento: Todos os custos relacionados com o estudo serão suportados pela equipa de investigação. Este estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico onde se realizará o estudo.

Confidencialidade e anonimato: Todos os dados pessoais e a informação recolhida serão usados somente de acordo com os objetivos do estudo e não serão identificados em nenhuma publicação dos resultados, mantendo-se assim o anonimato e confidencialidade de toda a informação.

A sua participação é voluntária e, em caso de recusa ou abandono (podendo desistir a qualquer momento), não serão adotados quaisquer procedimentos discriminatórios, não existindo qualquer consequência para si.

Sempre que necessitar de qualquer esclarecimento ou informação, terá disponível o seguinte contato: E-mail – enfavalente@outlook.pt

Agradeço a sua colaboração

A responsável pela investigação

Ass_____Data_____

Andreia Filipa Saraiva Valente (Mestranda)

Declaro ter lido e compreendido este documento. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: _____

APÊNDICE C – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO TFEQ-R21

AV

Andreia Valente
Qua, 15/01/2020 11:36
Para: larapalmeira@gmail.com

Bom dia.

Encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária, do Instituto Politécnico da Guarda.

Gostaria de abordar o tema do comportamento alimentar na minha dissertação e fiquei interessada na utilização no TFEQ-R21.
Pode facultar-me alguma informação sobre o mesmo? Caso esteja interessada, pode autorizar-me a sua aplicação?

Agradeço a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos
Andreia Valente

APÊNDICE D – PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO EM ESTUDO

Exmo. Senhor

Presidente da Comissão de Ética do

Instituto Politécnico da Guarda (CEIPG)

ASSUNTO: Requerimento de apreciação do projeto de investigação

Andreia Filipa Saraiva Valente, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico da Guarda, vem requerer a apreciação do projeto de investigação para implementação do mesmo e consequente elaboração da dissertação com o tema "O Comportamento Alimentar dos estudantes de um Instituto Superior Politécnico do interior do país", nos termos do regulamento aplicável.

Junto para o efeito em anexo ao requerimento os seguintes documentos:

- Projeto de dissertação
- Instrumento de Recolha de Dados
- Consentimento Informado

Pede deferimento

Guarda, 24 de Junho, de 2020.

Andreia Filipa Saraiva Valente

(Andreia Filipa Saraiva Valente)

APÊNDICE E – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO PRESIDENTE DO INSTITUTO POLITÉCNICO EM ESTUDO

Exmo. Senhor

Presidente do Instituto Politécnico da Guarda (IPG)

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do estudo

Andreia Filipa Saraiva Valente, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico da Guarda (IPG), vem requerer a autorização para a realização do estudo sobre "O Comportamento Alimentar dos estudantes de um Instituto Superior Politécnico do interior do país", nos termos do regulamento aplicável.

Junto para o efeito em anexo ao requerimento os seguintes documentos:

- Projeto de dissertação
- Termo de responsabilidade
- Parecer da Comissão de Ética do IPG

Pede deferimento

Guarda, 1 de Agosto, de 2020.

Andreia Filipa Saraiva Valente

(Andreia Filipa Saraiva Valente)

ANEXOS

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO DO TFEQ-R21

LP

Lara Palmeira <larapalmeira@gmail.com>
Sáb, 18/01/2020 14:13
Para: Você

TEFQ-R-21.docx
20 KB

Duarte_et_al_EWD_2018....
1 MB

2 anexos (1 MB) Baixar tudo Salvar tudo no OneDrive

Cara Andreia,

venho por este meio autorizar o uso da versão portuguesa do Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R21). Em anexo envio o questinário, bem como o artigo da sua validação. Estou ao seu dispor caso necessite de mais alguma informação.

Com os melhores cumprimentos,

Lara Palmeira
Clinical Psychologist and Psychotherapist, PhD
Research Assistant
CINEICC – Cognitive-Behavioural Research Centre
Faculty of Psychology and Education Sciences, University of Coimbra
Rua do Colégio Novo, Apartado 6153, 3001-802 Coimbra, Portugal
Tel.: +351 239 851 464
www.fpce.uc.pt/cineicc/

ANEXO 2 – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO EM ESTUDO

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA

EMISSÃO DE PARECER

Parecer nº10/2020

Assunto: O Comportamento Alimentar dos estudantes de um Instituto Superior Politécnico do interior do país

Parecer Final:

Parecer favorável

Apreciação:

O projeto apresentado enquadra-se no Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda e tem como objetivo geral caraterizar o Comportamento Alimentar dos estudantes do 1.º ano de vários cursos de um Instituto Superior Politécnico do interior do país. O instrumento utilizado para avaliar o comportamento Alimentar é um questionário validado para a população portuguesa, para o qual foi solicitada autorização aos autores para a sua aplicação.

Os investigadores deverão solicitar autorização às entidades onde pretendem realizar o estudo e assegurar-se que os participantes entendem a informação veiculada no consentimento informado, o qual deve ser obtido de todos os participantes.

Esta Comissão de Ética deverá receber cópia do Relatório final.

O Presidente da Comissão de Ética:

Maria de Fátima dos Santos Maya Rio

ANEXO 3 – PARECER DO PRESIDENTE DO INSTITUTO POLITÉCNICO EM ESTUDO

Instituto Politécnico da Guarda <ipg@ipg.pt>
Seg, 14/09/2020 12:16
Para: Você

Cara aluna,

Encarrega-me o Senhor Vice-presidente, Prof. Doutor Carlos Rodrigues, de informar que nada tem a opor à realização do estudo sobre "O Comportamento Alimentar dos estudantes de um Instituto Superior Politécnico do interior do país" a realizar no IPG.

Com os melhores cumprimentos,

Elsa Santos
Gabinete de Apoio à Presidência

Instituto Politécnico da Guarda
Av. Dr. Francisco Sá Carneiro, 50
6300 – 559 Guarda
ipg@ipg.pt * www.ipg.pt