

Sara Margarete Duarte Rodrigues

Comportamentos Alimentares dos alunos do 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Sara Margarete Duarte Rodrigues

Comportamentos Alimentares dos alunos do 3º ano da Curso de Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Sara Margarete Duarte Rodrigues

Comportamentos Alimentares dos alunos do 3º ano da Curso de Licenciatura em Enfermagem da
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

Projecto de graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para a obtenção do
grau de licenciada em Enfermagem.

Sumário

A alimentação tem desempenhado um papel fundamental ao longo da história da humanidade. É unânime considerar que existe uma relação entre alimentação e saúde, sabendo-se mesmo que, a alimentação intervêm na prevenção e no tratamento de diversas patologias.

O estudo que efectuamos intitulado como Comportamentos Alimentares dos alunos do 3.º ano Curso de Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, com metodologia quantitativa do tipo descritivo simples, transversal, em meio natural, teve como principais objectivos caracterizar os comportamentos alimentares em termos de quantidade, qualidade, variedade e adequação alimentar.

A população em estudo é constituída por 90 alunos do 3.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, tendo sido estudada uma amostra de 52 alunos, sendo 38 do género feminino e 14 do género masculino, obtida por um processo de amostragem não probabilística por conveniência.

A recolha de informação foi realizada através da aplicação de um questionário que incluía a Escala de Avaliação de Comportamentos Alimentares de Marques *et al.* (2007). Os dados recolhidos foram analisados utilizando estatística descritiva.

No conjunto das respostas obtidas, verifica-se que a maioria dos inquiridos tem comportamentos alimentares adequados (acima do valor de referência), salientando-se uma maior preocupação feminina nos domínios da variedade e adequação alimentares.

Summary

During the history of humanity, nourishment has played a key role. There is a relationship between food and health that has an important role for prevention and treatment of several diseases.

The study we undertook titled as Feeding behaviors, of students graduation third-year of nursing of Sciences Health Faculty of University Fernando Pessoa with a descriptive quantitative methodology simple cross in the wild, was designed primarily to characterize eating behaviors in terms of quantity, quality, variety and suitability of food.

The study population consists in 90 students of the third year of the Nursing Graduation, has been studied a sample of 52 students, 38 female and 14 males, who agreed to participate in this study, was obtained by a process of non-random by convenience.

The collection data was performed by applying a questionnaire that included the assessment scale of food habits from Marques *et al.* (2007). Data collected were analyzed using descriptive statistics.

In all the answers, most respondents appears has proper eating behaviors (above the reference value), emphasizing a greater concern of women in the fields of food variety and appropriateness.

Dedico este trabalho aos meus Pais, à D. Alice e a todos aqueles
que sempre acreditaram nesta realização pessoal.

Agradecimentos

Agradecimento especial ao Professor José Teixeira pela sua disponibilidade e valiosa ajuda.

À Enfermeira Vera, à Cláudia, à Filipa Correia, ao João e ao Nuno pela ajuda dispensada.

À Catarina e à Anabela pelo apoio incondicional.

A todos os meus amigos.

Índice

| | |
|---|-----------|
| 0. Introdução | 17 |
| I. Enquadramento Teórico | 19 |
| 1. Alimentação | 19 |
| 2. Alimentação saudável | 20 |
| 3. Roda dos alimentos | 22 |
| 4. Padrão alimentar mediterrânico | 25 |
| 5. Alimentação dos Portugueses | 26 |
| 6. Alimentação dos Estudantes Universitários | 28 |
| 7. Alimentação dos tempos modernos | 30 |
| 8. Erros alimentares..... | 31 |
| 9. Promoção da saúde / Educação alimentar | 34 |
| II. Metodologia..... | 36 |
| 1. Aspectos éticos..... | 36 |
| 2. Tipo de estudo | 38 |
| 2.1 Meio onde se desenvolve o estudo..... | 39 |

| | |
|--|-----------|
| 3. População alvo..... | 39 |
| 4. Amostra..... | 39 |
| 5. Processo de amostragem | 39 |
| 6. Questões de investigação | 40 |
| 7. Objectivos do estudo | 40 |
| 8. Variáveis em estudo | 41 |
| 8.1. Variável de atributo..... | 41 |
| 9. Instrumento de colheita de dados..... | 42 |
| 9.1. Pré-teste | 43 |
| 9.2. Colheita de dados | 44 |
| 10. Tratamento de dados | 44 |
| III. Apresentação e análise dos resultados | 46 |
| 1. Caracterização da amostra | 46 |
| 2. Avaliação dos comportamentos alimentares | 49 |
| IV. Discussão | 51 |
| V. Conclusão | 55 |

| | |
|--------------------------|-----------|
| Bibliografia..... | 58 |
|--------------------------|-----------|

Anexos

- Pedido de autorização aos autores da Escala de Avaliação dos Comportamentos Alimentares**
- Resposta dos autores**
- Questionário**

Índice de Figuras

| | |
|--|-----------|
| Figura 1: Nova Roda dos Alimentos FCNAUP (2004) | 24 |
|--|-----------|

Índice de gráficos

| | |
|--|-----------|
| Gráfico 1 – Distribuição da Amostra por género. | 46 |
| Gráfico 2 – Distribuição da Amostra por co-habitação. | 47 |
| Gráfico 3 – Distribuição da Amostra por local onde faz as refeições. | 47 |
| Gráfico 4 – Opinião da Amostra quanto às formas de melhorar a sua alimentação. | 48 |

Índice de Quadros

| | |
|---|-----------|
| Quadro 1 – Distribuição dos itens da Escala de Avaliação de Comportamentos Alimentares de Marques <i>et al.</i> (2007) pelas dimensões. | 42 |
|---|-----------|

Índice de tabelas

| | |
|---|-----------|
| Tabela 1 – Análise descritiva da Idade da Amostra..... | 46 |
| Tabela 2 – Análise descritiva da Escala de Avaliação dos Comportamentos Alimentares. | 49 |
| Tabela 3 – Análise descritiva da Escala de Avaliação dos Comportamentos Alimentares por género..... | 49 |
| Tabela 4 – Análise descritiva das dimensões da Escala de Avaliação dos Comportamentos Alimentares..... | 49 |
| Tabela 5 – Análise descritiva da dimensão quantidade alimentar por género..... | 50 |
| Tabela 6 – Análise descritiva da dimensão qualidade alimentar por género. | 50 |
| Tabela 7 – Análise descritiva da dimensão variedade alimentar por género. | 50 |
| Tabela 8 – Análise descritiva da dimensão adequação alimentar por género. | 50 |

Abreviaturas

FCS/UFP – Faculdade Ciências da Saúde / Universidade Fernando Pessoa

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

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

g. – Gramas

0. Introdução

A alimentação é um dos factores do meio ambiente que maior influência vai tendo sobre a saúde.

Como tema do trabalho temos os Comportamentos Alimentares dos alunos do 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

Em Portugal, existem vários estudos que avaliam os comportamentos alimentares das crianças e dos jovens. No entanto, o mesmo não se passa com os estudantes universitários, sendo escasso o número de trabalhos nesta área. Este trabalho surge, por um lado, como uma tentativa de colmatar, de algum modo, essa falha e por outro como contributo para o desenho de futuros projectos.

Neste caso, a génese do nosso estudo centra-se na interrogação de uma questão central: será que os alunos do 3º ano, do Curso de Licenciatura em Enfermagem da FCS/UFP têm Comportamentos Alimentares saudáveis?

O trabalho de investigação teve como objectivos:

- Caracterizar os comportamentos alimentares dos alunos do 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da FCS/UFP;
- Identificar os locais onde os alunos efectuam a maior parte das suas refeições;
- Identificar a opinião dos alunos quanto à sua alimentação;
- Identificar com quem vivem os alunos;
- Identificar a quantidade alimentar dos géneros masculino e feminino;

- Identificar a qualidade alimentar dos géneros masculino e feminino;
- Identificar a variedade alimentar dos géneros masculino e feminino;
- Identificar a adequação alimentar dos géneros masculino e feminino;

O estudo efectuado foi do tipo descritivo simples, transversal, em meio natural, inserido numa abordagem quantitativa. O instrumento utilizado para a recolha de informação foi o questionário, que incluía a Escala de Avaliação de Comportamentos Alimentares de Marques *et al.* (2007).

O Plano de trabalho decorreu ao longo de 5 meses tendo início em Fevereiro de 2010.

Perante os resultados obtidos, verificou-se que a maioria dos indivíduos tem comportamentos alimentares adequados, salientando-se uma maior preocupação feminina nos domínios da variedade e adequação alimentares.

I. Enquadramento Teórico

1. Alimentação

A alimentação, no início da história do homem, baseava-se na recolha de raízes e pequenos animais, chamando-se por isso de “alimentação de colecta”. O homem primitivo começou a compreender que era necessária uma forma mais segura de obter o alimento, então começou a fazer incursões na caça dos animais. Mais tarde, passou a criar animais junto do seu ponto de dormida e a cultivar as suas próprias plantas, passando assim a ter uma vida mais sedentária (Aguiar, 2001).

Seguidamente surgiu a “Revolução alimentar industrial”, coincidente com o desenvolvimento da indústria e dos grandes aglomerados habitacionais, caracterizada pela produção intensiva de produtos alimentares e a utilização intensiva da agricultura para dar resposta às necessidades da população (Ferreira, 1994).

Nos dias de hoje, a alimentação humana ainda é muito dependente dos hábitos empíricos tradicionais ou recentes, tendo por base uma certa imitação, sendo esta influenciada pelo apetite, gosto, cheiro e visão (Marques, 2007).

Segundo Nunes e Breda (2005), a alimentação consiste em obter do ambiente uma série de produtos, naturais ou transformados, que são os alimentos, que contêm substâncias químicas denominadas nutrientes. A alimentação, é assim um processo de selecção de alimentos, fruto das preferências, das disponibilidades e da aprendizagem de cada indivíduo, processo que lhe permite escolher e distribuir as refeições ao longo do dia, de acordo com os hábitos e condições pessoais de cada um. Trata-se de um processo voluntário, determinado por factores cognitivos, sócio-económicos, psicológicos, emocionais, afectivos e culturais.

A vida traduz-se por uma constante procura da manutenção do equilíbrio interno. Desde sempre a alimentação faz parte desse equilíbrio, estando a saúde do indivíduo intimamente ligada à forma como decorre essa alimentação (Anderson *et al.*, 1998).

Actualmente são de extrema importância os estilos de vida adquiridos pela população para o seu nível de saúde. O Comportamento alimentar é um dos aspectos que influencia de forma determinante a saúde.

“A alimentação, através do estado nutricional dela resultante, constitui o factor ambiental com maior repercussão na saúde e na duração da vida” (Peres, 1997b).

2. Alimentação saudável

A prática de uma alimentação saudável exige o equilíbrio proporcional dos alimentos que a constituem. Como diz Saldanha (2001), a alimentação saudável terá que obedecer não apenas à qualidade, quantidade e variedade de alimentos consumidos, mas também ao seu modo de confecção. Esta varia conforme a cultura, a religião e os hábitos familiares, apresentando-se diferente de país para país e de região para região.

Segundo Peres (1997a, 1997b), a alimentação saudável é a forma racional de comer, que se caracteriza por fornecer a quantidade necessária de calorias, ser variada e equilibrada. Os alimentos devem ser escolhidos pela sua qualidade higiénica e nutricional, submetidos a manipulações culinárias benéficas.

Esta alimentação não depende só de conhecer e satisfazer as necessidades nutricionais do organismo, mas também da utilização e do equilíbrio dos nutrientes para satisfazer essas necessidades (Peres, 1997b, p. 156).

Saldanha (2001), define três princípios básicos para uma alimentação saudável: variedade de alimentos para que possam ser alcançadas as necessidades nutricionais do indivíduo; uma alimentação equilibrada, fornecendo alimentos e nutrientes em quantidades necessárias e moderação na comida e bebida, para que haja um maior controlo de calorias e quantidade de gordura.

Aguiar (2001) enuncia quatro leis que definem uma alimentação correcta ou racional: Lei da quantidade, que refere que os alimentos devem ser fornecidos na quantidade adequada para

satisfazer as necessidades energéticas do organismo; Lei da qualidade, ou seja, os alimentos ingeridos devem ser completos e higiénicos para fornecer ao organismo as substâncias de que este necessita; Lei da harmonia, que indica que o organismo deve funcionar em perfeito equilíbrio, os alimentos devem fornecer os nutrientes em proporções convenientes; Lei da adequação, que estabelece que os alimentos e a forma como estes são confeccionados devem ser adaptados às condições e ao bom funcionamento do sistema digestivo.

Peres (1997b), selecciona um conjunto de regras para uma alimentação saudável, que são:

- Até à primeira hora após acordar, tomar sempre um primeiro almoço completo, variado e equilibrado caloricamente às necessidades do indivíduo.
- Comer em intervalos máximos de três horas e meia. Intercalar as principais refeições com as merendas.
- Deve-se comer calmamente, mastigando e salivando bem os alimentos, num ambiente tranquilizante.
- Comer com prazer.
- O leite e derivados devem ser adequados às necessidades de cada um.
- Aumentar o consumo de hortaliças, frutas e legumes.
- Os adolescentes devem abster-se de bebidas alcoólicas e os adultos saudáveis devem limitar o seu consumo.
- Restringir a quantidade de óleos, gorduras e alimentos gordos.

Fernandes (2004) acrescenta que devem ser preferidos o peixe e as carnes brancas, em relação às carnes vermelhas (mais ricas em gorduras saturadas) e os ovos devem ser consumidos com moderação.

Na opinião de Peres (1997b), não existe apenas um padrão alimentar saudável mas vários, dependendo do povo e hábitos, como é o caso dos japoneses rurais ou europeus mediterrânicos.

Algumas pessoas começam a compreender melhor que a alimentação saudável lhes é favorável quando se começam a sentir melhor, mudando assim as suas práticas alimentares (Marques, 2007).

Peres (1997a) refere que actualmente menos de 10% dos portugueses saem de casa sem comer, ao passo que há 20 anos eram mais de 50%.

Actualmente existem conhecimentos sobre o padrão alimentar saudável adaptados às exigências e gostos dos povos europeus, pelo menos do Sul da Europa. Estes conhecimentos apresentam determinadas características e reúnem o consenso entre os especialistas e a Organização Mundial de Saúde. Estas características segundo Peres (1997b), dizem respeito:

1. Ao ajuste perfeito do valor energético da alimentação às características biológicas de cada um nas diferentes fases do ciclo de vida.
2. À distribuição repartida da comida por várias refeições em intervalos de 3 a 4 horas, não devendo o jejum nocturno ultrapassar as 10 horas.
3. Ao equilíbrio perfeito entre fontes alimentares de energia, de acordo com o referido padrão nutricional adequado.
4. Ao equilíbrio entre as proporções alimentares referidas na Roda dos Alimentos portuguesa, atendendo aos perigos da ingestão do sal e o quão benéfico é a água.
5. À utilização de alimentos de boa qualidade higiénica.
6. À adopção de preparações culinárias simples e gastronómicas, sem destruição de nutrientes e com ligação de temperos agradáveis e de fácil digestão.

Estas são as condições biológicas da alimentação saudável; não é suficiente respeitá-las é preciso que traduzam um modo de estar na vida e é uma manifestação cultural (Peres, 1997b, p. 158).

3. Roda dos alimentos

Nos finais do Século XX, as doenças metabólicas decorrentes de consumos excessivos de calorias e nutricionalmente desequilibrados ocasionavam algumas doenças. Então, houve a

necessidade de valorizar e combinar os alimentos de forma racional e proporcional, compreender as necessidades alimentares e adaptá-las aos novos estilos de vida (Marques, 2007).

A versão portuguesa da Roda dos Alimentos, concebida, em 1977, pela já extinta Campanha de Educação Alimentar “Saber comer é saber viver”, possui importantes características. As diversas alterações na situação alimentar portuguesa levaram à necessidade da sua reestruturação (Franchini *et al.*, 2004).

Em 2004 apareceu a Nova Roda dos Alimentos, que mantém o seu formato original. A roda dos alimentos é uma representação gráfica que proporciona a escolha e a combinação dos alimentos que deverão fazer parte da alimentação diária. Ao contrário do que acontece com a “Pirâmide Alimentar”, esta representação não hierarquiza os alimentos, mas atribui-lhes a mesma importância (FCNAUP (2004).

A nova Roda dos Alimentos é composta por sete grupos de alimentos, de diferentes dimensões, que indica a proporção de peso com que cada grupo concorre para uma alimentação equilibrada: 28% ou 4-11 porções de cereais e derivados, tubérculos; 23% ou 3-5 porções de hortícolas; 20% ou 3-5 porções de fruta; 18% ou 2-3 porções de lacticínios; 5% ou 1,5-4,5 porções de carnes, pescado e ovos; 4% ou 1-2 porções de leguminosas; 2% ou 1-3 porções de gorduras e óleos; a água está representada no centro pois faz parte da constituição de quase todos os alimentos (Franchini *et al.*, 2004).

Figura 1: Nova Roda dos Alimentos FCNAUP (2004)



Todos os grupos devem estar presentes na alimentação diária, não devendo ser substituídos entre si. Cada grupo os alimentos tem características nutricionais semelhantes e devem ser substituídos uns pelos outros de modo a assegurar a variedade (Franchini *et al.*, 2004).

A Roda dos Alimentos transmite orientações para a escolha dos alimentos em qualidade e em quantidade, as quais, se forem cumpridas, permitem fazer uma alimentação saudável caracterizada por ser completa, variada e equilibrada (Franchini *et al.*, 2004).

Outra forma de agrupar os alimentos consiste na “ Pirâmide Alimentar” cujo critério é separar os alimentos por categorias, agrupando-os como alimentos energéticos, alimentos reguladores, alimentos construtores e alimentos energéticos por excelência. Esta descreve as proporções adequadas para cada categoria alimentar. A quantidade de alimentos que cada indivíduo necessita depende de quantas calorias são necessárias, dependendo do sexo, idade, peso, altura e actividade física (Fernandes, 2004).

4. Padrão alimentar mediterrânico

A alimentação mediterrânica refere-se à maneira de comer que o investigador Keys encontrou nos anos 50 a 60 nos povos do Sul da Europa. Ainda que com pequenas alterações, este era o padrão alimentar comum da bacia Mediterrânica Oriental e de Portugal. É considerada por muitos um padrão alimentar do regime lactovegetariano, pela utilização abundante de vegetais, sazonais e pouco confeccionados, pelo consumo diário de iogurtes e queijo e reduzida ingestão alimentar de origem animal (Martins, 2002).

Este padrão alimentar segundo Peres (2000, p. 35) consiste:

“ (...) numa comida aperfeiçoada ao longo de milénios, proporcionadora de perfeita saúde e velhice sadia, de grande apetidão para o trabalho físico, de profícua convivencialidade e de assinalada capacidade criativa e excelente maturação psicoemocional.”

De acordo com o mesmo autor (Peres, 1997a, 1997b), este modelo apresenta algumas características que importa salientar. Os alimentos distribuem-se por quatro ou cinco refeições e merendas diárias em que sobressai um primeiro almoço (que não é pequeno) e um almoço maior do que o jantar. Cada refeição tem que ser variada e em pequena quantidade. O consumo de pão, cerealíferos e leguminosas secas é elevado, constitui uma fonte de energia para o organismo. Abundam os produtos hortícolas e frutas, nomeadamente folhas verdes, legumes e frutos diferentes consoante a época. Os alhos, as cebolas, azeitonas e os frutos secos são consumidos durante o ano inteiro. Consumo moderado de lacticínios, especialmente queijo e, noutras regiões, de iogurte. Consumo parcimonioso, várias vezes por semana, de pescado, inclusive o mais gordo e carnes de animais de terreiro como aves e coelho. O consumo de carnes vermelhas mais confinado a poucas vezes por mês. As bebidas de eleição são a água, vinho tinto, chá e infusões de ervas. O vinho em moderada quantidade e traçado com água. A culinária é simples e deve ser distinguida de dias festivos dos dias comuns. Os alimentos devem ser cozinhados em pouco tempo ao lume. Para temperar e cozinhar há a utilização do azeite como gordura de adição.

Teixeira (2008, p. 11) também defende que, na área do mediterrâneo, o azeite de oliveira ainda é a gordura natural utilizada por excelência pelos povos, sendo a refeição mediterrânea

complementada por produtos marinhos, nomeadamente o peixe gordo. E a bebida de eleição a água ou vinho, em que o consumo moderado é considerado benéfico.

Teixeira (2008, p. 10) refere que “ (...) o impacto mais forte da dieta mediterrânica é a diminuição da incidência de doença coronária (...) menor incidência de doenças metabólicas e degenerativas.”

O interesse actual pelo padrão alimentar Mediterrânico deriva da constatação de que certas regiões da bacia do Mediterrânico apresentavam, nas décadas de 50-60, taxas reduzidas de mortalidade por doenças crónicas, aliadas a uma elevada esperança de vida (Martins, 2002).

A alimentação mediterrânica é um bom modelo alimentar, completo, equilibrado e rico nutricionalmente, preventivo de doenças como a aterosclerose, cancro, doenças metabólicas e degenerativas crónicas, ou seja, promotor de saúde (Peres, 1997a).

Alguns autores reconhecem que é o regime alimentar mais saudável (Saldanha, 2001) e equilibrado, defendem que é o reflexo do equilíbrio da natureza com as condições sociais (Teixeira, 2008).

Actualmente, o padrão alimentar Mediterrânico continua a suscitar grande interesse pela comunidade científica, comprovando que este padrão é influente na promoção da saúde em geral e, particularmente, na prevenção da doença e dos seus factores de risco, nomeadamente a doença coronária (Martins, 2002).

5. Alimentação dos Portugueses

Desde a Segunda Guerra Mundial que os hábitos alimentares dos portugueses e dos povos mediterrânicos se têm modificado, e desde então verificou-se um avanço rápido das doenças metabólicas e degenerativas (Peres, 1997b).

O padrão alimentar de um país depende de factores como o desenvolvimento tecnológico e sócio-cultural e da interacção com outras culturas. Os portugueses ainda seguem um estilo de vida e uma alimentação própria e diferente de outras populações (Teixeira, 2008).

Peres (1997b) afirma que os portugueses, comem demasiado e cometem excessos nocivos ao organismo, aqueles que o podem fazer e que desconhecem os efeitos. Outros utilizam produtos de má qualidade e não se alimentam o suficiente e, com tal desequilíbrio alimentar, ingerem comida em quantidade suficiente ou excessiva.

Aguiar (2001) refere,

“ (...) é corrente o português gostar de comida «apetitosa», isto é, com boa quantidade de sal. A grande maioria da população portuguesa ingere, por dia e em média, 15g de sal, o que é grave, pois a Organização Mundial de Saúde recomenda o máximo de 3g a 5g.”

Os portugueses estão a desprezar rapidamente a sua cultura alimentar e gastronómica e passaram a adoptar gostos atípicos. Assim, estão a optar por um padrão alimentar desequilibrado e desajustado em vez de um padrão alimentar saudável (Peres, 1997b).

O autor também defende que, mesmo assim, na última década os portugueses, no geral, têm uma alimentação mais rica em nutrientes. No entanto factores como a idade, meios financeiros, horário de trabalho, local da refeição, tempo para cozinhar, influenciam esta prática do acto de comer (Peres, 1997a, 1997b).

Tendo por base a informação do INE (2003), no período que medeia entre 1990/2002 os hábitos alimentares dos portugueses estão a distanciar-se da dieta tipo mediterrânica, há um aumento do consumo de produtos de origem animal e um decréscimo de produtos de origem vegetal.

De acordo com a mesma fonte (INE, 2004), no período entre 1993/2003, os portugueses consumiram mais carne (+15,8%) e frutos (+20,4%), enquanto que houve um decréscimo do consumo de vinho (20%) e hortícolas (10%). No mesmo período, o consumo de cereais também manifestou uma ligeira subida. Não houve alterações do consumo de óleos e gorduras

vegetais, apesar do aumento do consumo de azeite (+4,8%). No que respeita ao consumo de leite e seus derivados, não variou durante este período.

Segundo Peres (1997a), ainda existem cerca de 30% a 35% dos portugueses que preservam os bons costumes alimentares da cultura mediterrânica ao fazerem verdadeiras refeições, variadas, completas e a horas certas.

Exceptuando-se alguns erros alimentares, como sejam excesso de sal, álcool e açúcar, pode considerar-se que a alimentação tradicional dos portugueses enquadra-se no padrão alimentar mediterrâneo, logo considerada uma alimentação saudável (Saldanha, 2001).

6. Alimentação dos Estudantes Universitários

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

Borges e Lima Filho (2004) afirmam que “ (...) o ingresso na faculdade alterou os seus hábitos alimentares que relataram estarem insatisfeitos com as suas dietas alimentares e que almejam modificá-la após a realização do curso.”

A grande disponibilidade alimentar que existe nos *buffets* das universidades leva a uma vontade acrescida de querer comer tudo, derrubando assim os bons hábitos alimentares. Estes buffets são constituídos normalmente por pizzas, hambúrguer, cachorro, salgados e bolos. A tendência a comer sempre a mesma coisa a cada dia que passa leva a uma diminuição da variedade alimentar (Daphne, 2010).

Em Portugal existe um abuso no consumo de alimentos *fast-food*, diariamente são consumidos 10% hambúrgueres, cachorros quentes ou salsichas, 30% de batatas fritas e 55% de refrigerantes situação esta cada vez mais preocupante nos jovens (Fernandes, 2004).

Nas cantinas das universidades a comida acaba por se tornar monótona, pois existe um limite para as combinações possíveis, o que leva os estudantes a procurarem outros sítios para efectuar as suas refeições (Daphne, 2010).

Segundo o mesmo autor, normalmente junto das universidades existe outras alternativas para efectuarem as refeições que nem por isso significa que ofereçam refeições mais saudáveis.

Daphane (2010) refere que com a quantidade de sítios disponíveis para efectuar refeições, é fundamental gerir três coisas, o tempo, o dinheiro e o espaço no frigorífico. Sugerindo assim algumas estratégias de gestão aos universitários:

- Para gerir o tempo de modo a efectuar todas as refeições, devem a partir do momento que sabem o horário escolar, identificar furos para as refeições. Nos dias de hoje toda a gente anda muito ocupada, é cada vez mais uma sociedade que se preocupa em poupar tempo o que leva ao surgimento das refeições prontas a levar.
- Gerir o dinheiro da mesada começa por separar dinheiro para a alimentação, tendo em conta que como afirma Daphane (2010, p. 83) “ (...) fazer uma alimentação saudável, por vezes, pode ser mais dispendioso do que as gorduras e os fritos.”
- Quando os estudantes universitários migram e têm necessidade de viver fora de casa, normalmente dividem o quarto com outro colega o que limita também o espaço que têm no frigorífico. E segundo Daphane (2010, p. 85) “A tendência é para encher o frigorífico de refrigerantes, logo resta pouco espaço para (...) frutas e legumes.” Então armazenam a comida nas prateleiras dos livros o que leva a comerem enquanto estudam.

Os estudantes universitários tem uma tendência muito grande para comer enquanto estudam, uma bolacha agora outra daqui a pouco, o que se traduz a um atraso nas horas das refeições. Ou então, por outro lado, esquecem-se da hora da refeição e depois quando comem é em grande quantidade (Daphne, 2010).

Num estudo efectuado por Borges e Lima Filho (2004) a estudantes universitários verificou-se que entre diversos factores que influenciam os hábitos alimentares, o tempo é um dos mais referenciados pelos alunos. Pelo facto de morarem sozinhos ou de não se habituarem ao ritmo da universidade poderá ser um dos motivos para não tomar o pequeno almoço.

7. Alimentação dos tempos modernos

Nos últimos 25 anos houve profundas mudanças nos hábitos alimentares de toda a população: ocorreram modificações na qualidade, quantidade e modo de confeccionar as refeições (privilegiam-se os fritos, a adição de gordura e comida pré-confeccionada) com repercussões na saúde (Reis, 2004).

De acordo com Vasconcelos (cit in Amorim, 2005, p. 77) estas alterações estão relacionadas com “ (...) o ritmo da vida moderna, que deixa as famílias com pouco tempo para se organizarem, e com a influência da publicidade relativa a produtos de consumo rápido (...)” .

A preocupação com a imagem, também está relacionada a estas modificações; associada muitas vezes à falta de informação adequada, faz com que frequentemente se rejeitem alimentos indispensáveis (Peres, 1997c).

Ultimamente as alterações dos hábitos alimentares têm sido cada vez maiores. Sabemos que, hoje em dia, as crianças e os adultos fazem a sua alimentação fora de casa, com uma frequência cada vez maior. A população tem vindo a adoptar hábitos da dieta dita “ocidental” e a afastar-se, progressivamente, da dieta tradicional. A dieta “ocidental” segundo Craveiro *et al.* (2007) traduz-se pela:

“ (...) diminuição na ingestão de hortofrutícolas, fibras e produtos lácteos e pelo aumento marcado na ingestão de snacks de elevado valor energético e baixo valor nutritivo, alimentos e bebidas açucaradas, refeições com alto teor de gordura e proteínas, entre outros.”

O tipo de vida em meios urbanos, condicionado pelo tempo para adquirir, confeccionar e tomar as refeições em família, conduz, com excessiva frequência, ao recurso a alimentos pré-confeccionados e às chamadas refeições em «*snack*», feitas normalmente em pé que, para

além da perda de comunicação familiar, perturbam o equilíbrio que deve existir no que se refere a horários regulares e distribuição racional da energia necessária ao longo do dia (Sousa e Carvalho, 1983).

Hoje em dia, adere-se com muita facilidade ao tipo de alimentação referenciada anteriormente, com a agravante da atracção pelas modas alimentares veiculadas pela publicidade. A maior parte das campanhas publicitárias são direccionadas para os mais novos e apresentam produtos nutricionalmente desadequados tendo em conta as recomendações (Craveiro *et al.*, 2007, p. 58).

Apareceu então um novo conceito definido por Teixeira (2008, p. 13) como:

“ (...) *fast-food* a comida que é possível comer segurando com a mão, como o hambúrguer, a fatia de pizza ou a sanduíche, sentado ou de pé, indiferentemente e de uma forma rápida.”

Inicialmente era o designado *take away*, elaborado por restaurantes para pessoas que não tinham tempo para cozinhar. Hoje em dia, as pessoas não têm tempo para ir ao antigo mercado ou praça comprar alimentos frescos e ainda ir para casa cozinhá-los, como uma refeição tradicional. Sendo assim, cada vez se opta mais por consumir pratos pré-cozinhados que é só necessário colocar no microondas ou simplesmente telefonar para uma empresa de *fast-food* e esta entregar a comida no local (Teixeira, 2008, p.13).

Em Portugal, a *fast-food* veio substituir a alimentação saudável: mais saborosa, mais rápida, mais proteínas animais, gorduras de péssima qualidade, quantidades elevadas de açúcares e aditivos alimentares (Fernandes, 2004).

8. Erros alimentares

Nos últimos 25 anos houve profundas mudanças nos hábitos alimentares de toda a população; ocorreram modificações na qualidade, quantidade e modo de confeccionar as refeições.

Estas alterações estão relacionadas com o ritmo da vida moderna, que deixa pouco tempo para que as famílias se organizem, e com a influência da publicidade relativamente a produtos de consumo rápido (Amorim, 2005, p. 77).

Peres (1997b, p. 140) considera que “ (...) não há actualmente uma maneira de comer à portuguesa; os erros alimentares nem são uniformes nem difundidos entre toda a população.”

Segundo Amorim (2005), os principais erros alimentares são, por um lado, a fast-food, o sobreconsumo de lacticínios e carne, o exagero na quantidade de alimentos ingeridos, a ingestão de cereais demasiado açucarados, refrigerantes, bolos, chocolates e, por outro lado, o consumo insuficiente de fruta, vegetais, féculas e sopa, assim como a supressão do pequeno-almoço.

Aguiar (2001) refere que as refeições são feitas a horas irregulares, com grandes intervalos, com desequilíbrio de nutrientes, ingestão exagerada de alimentos, excesso de sal e açúcar, baixa ingestão de hortícolas e frutos são os erros mais comuns descritos pelo autor.

A alimentação dos Portugueses nem sempre é linear. Como refere Peres (1997b), podem verificar-se vários comportamentos alimentares conforme a situação económica, social e cultural, a religião, os horários de trabalho e a organização da vida familiar. Os grandes erros alimentares apontados por (Peres, 1997b, p. 140), “ (...) são os que acarretam consequências mais graves. São também os mais fáceis de combater porque dependem de uma atitude pessoal esclarecida.” Os erros apontados são os seguintes:

- Excesso de sal, isto é, cada português consome em média 12 gramas de sal por dia em vez das 3 a 5 gramas aconselhadas pela OMS. É necessário que se tome consciência de que é importante diminuir a ingestão de sal e que, para isso, não é necessário diminuir a qualidade gastronómica. O abuso de sal é ainda responsável pela hipertensão arterial que é muitas vezes causa de outros problemas de saúde uma vez que afecta o funcionamento de vários órgãos;

- Abuso de bebidas alcoólicas, Portugal está no ranking dos países que consomem mais álcool por habitante. No entanto, embora o consumo de vinho tenha decaído, o consumo de cerveja

disparou, assim como as bebidas destiladas e os aperitivos. O Consumo começa cada vez mais cedo. É crescente o número de bebedores excessivos que durante e fora das refeições consomem doses que ultrapassam a capacidade metabolizadora do organismo;

- As gorduras e o tempero excedem o preconizado na cozinha. É exagerado o consumo de gorduras; actualmente a situação sanitária decorrente destes comportamentos nocivos em Portugal ainda não atinge níveis tão elevados de gravidade como em países do Norte e do Centro Europeu. De qualquer modo, sofreremos já de doenças associadas a estes comportamentos;

- O baixo nível de consumo de leite e derivados ainda se verifica, por vezes, com doses inferiores às recomendadas. O nível de consumo destes alimentos durante a infância, adolescência, gravidez e aleitamento é fundamental;

- A escassez de produtos hortícolas e frutas está a aumentar de ano para ano. O peso total destes alimentos a consumir diariamente corresponde a 43%, o que está muito longe de ser observado principalmente nas cidades e nas zonas rurais sem hortas;

- Saltar merendas e falhar o primeiro almoço ainda é uma realidade neste país, embora a tendência seja de mudança. Os alimentos devem ser repartidos por várias refeições e os intervalos entre elas não devem ser longos. Não tomar o primeiro almoço e passar horas sem comer obriga o organismo a compensar com balanços metabólicos desfavoráveis, o que leva a uma desnutrição proteica e um aumento de gordura corporal armazenada;

- Tudo muito doce é como refere Peres (1997b); o consumo de açúcares e doces também se revela exagerado entre nós;

- Outro erro alimentar referido por Peres (1997b) diz respeito à comida em excesso. Sobretudo a ingestão regular de energia excedentária demonstra-se como um dos erros alimentares mais nocivos, traduzindo-se, quase sempre, por acumulação progressiva de gordura. O aumento de adiposidade cada vez é maior, devido ao efeito conjugado de excesso de calorias e reduzida actividade muscular.

9. Promoção da saúde / Educação alimentar

Como componente primordial para a prática dos profissionais de saúde, temos a educação para a saúde. Esta tem como objectivo instruir os indivíduos e as suas famílias a adquirirem conhecimentos acerca do seu estado de saúde (Redman, 2001).

A prática ética requer da parte dos profissionais competências na educação para a saúde de modo a evitar prejuízos que possam causar aos indivíduos (Redman, 2001).

Os programas de educação para a saúde são veículos que podem conduzir à mudança de comportamentos e estilos de vida, por isso deve-se ter em atenção as características dos indivíduos para que estas alterações não sejam encaradas como obrigações (Martins, 2002).

Os cuidados de enfermagem que contribuem para os cuidados de saúde primários têm como objectivo actuar ao nível da prevenção, promoção da saúde (Collière, 1999).

Este Processo dinâmico e interactivo é um processo multidisciplinar, ou seja, envolve vários agentes entre os quais o enfermeiro está incluído (Franz, 2002).

Segundo a autora Redman (2001), a educação para a saúde ocorre seja onde for que os cuidados sejam prestados, incluindo serviços ambulatoriais e comunitários. Os aspectos culturais têm um papel na adesão dos indivíduos.

Os enfermeiros utilizam as actividades de promoção da saúde e a prevenção de doenças para ajudar a manter a saúde e melhorar as atitudes menos correctas, evitando só fornecer cuidados aquando a doença. Promoção da saúde e prevenção da doença são conceitos directamente relacionados, sendo a promoção da saúde aquela que estimula os utentes a manter, ou acentuar, os seus actuais níveis de saúde, enquanto que a prevenção da doença actua na protecção das pessoas face a ameaças reais ou potenciais de saúde (Edelman, 1997).

Segundo Silva (2004, p. 39), “ (...) no planeamento de um programa de educação para a saúde, devem ser avaliadas as características do grupo alvo:

- Crenças religiosas;
- Nível Socioeconómico
- Nível de escolaridade;
- Hábitos alimentares;
- História Pessoal, familiar e clínica;
- Conhecimento acerca da doença;
- Disponibilidade e motivação para participar em programas de educação para a saúde.”

A educação para a saúde, mais precisamente, a educação alimentar é, hoje em dia, considerada um eixo estruturante do percurso escolar (Lima *et al.*, 2009).

No âmbito do programa de saúde escolar, surge o projecto de Educação alimentar “Aprender a Comer com a Fada Dentinho”, que valoriza uma estratégia interactiva entre profissionais de saúde, professores e pais, com o intuito de promover atitudes e comportamentos saudáveis (Senra *et al.*, 2004).

Peres (1997b) refere que, “A educação alimentar numa perspectiva de saúde, a par da implementação de uma rede de cuidados de saúde primários, pode fazer ganhar em bem-estar riquezas incalculáveis.”

II. Metodologia

A elaboração de uma pesquisa científica necessita da adopção de uma metodologia de trabalho que é definida por Fortin (1999, p. 372), como “ (...) um conjunto de métodos e de técnicas que conduzem à elaboração do processo de investigação científica.”

De acordo com Fortin (1999, p. 40), o investigador vai através da fase metodológica determinar os métodos que se irão utilizar para obter respostas às questões de investigação expostas. É a partir daqui que o investigador escolhe o desenho de investigação, define a população e escolhe os instrumentos apropriados para a realização da colheita de dados.

Os principais elementos que ocorrem para o estabelecimento do desenho de uma investigação são: o meio onde se realizará o estudo; a selecção dos sujeitos e o tamanho da amostra; o tipo de estudo; os instrumentos de colheita de dados; o tratamento dos dados (Fortin, 1999).

Pretende-se que esta etapa seja segundo a qual se desenrolará toda a investigação. É uma das partes mais importantes de qualquer investigação.

1. Aspectos éticos

Sempre que uma investigação envolva directa ou indirectamente os seres humanos deve ter em conta os direitos destes e que não podem em caso algum ser desrespeitados, pelo que a ética, na investigação com seres humanos é fundamental (Fortin, 1999, p. 369).

Fortin (1999, p. 369) refere que a ética: “Conjunto de regras que regem o carácter moral do processo de investigação.”

“ (...) é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.” Fortin (1999, p. 114)

Para os especialistas a ética “ (...) coloca problemas aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação (...)” Fortin (1999, p. 113).

Toda e qualquer investigação levanta questões morais e éticas, pelo que é necessário, tomar em consideração alguns princípios éticos, ou seja, determinadas condutas para proteger os direitos e liberdade das pessoas que participam na investigação (Fortin, 1999).

- Direito á autodeterminação

Segundo Fortin (1999), baseia-se, no princípio ético do respeito pelas pessoas, em que a pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino.

Neste estudo, os alunos foram convidados a participar no estudo, decidindo de uma forma livre sobre a sua participação ou não.

- Direito á intimidade

Este direito, de acordo com Fortin (1999), faz referência á liberdade da pessoa ao participar numa investigação de decidir sobre a extensão da informação a dar e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas.

Tendo em conta este direito, foi permitido aos alunos a liberdade de decidir relativamente à quantidade de informação a dar, assim como o anonimato da mesma ao longo do estudo.

- Direito ao anonimato e á confidencialidade

De acordo com Fortin (1999), este direito é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador.

Neste estudo, no questionário era solicitado para os participantes não escreverem o nome ou qualquer informação que os identificasse, e os resultados foram apresentados sem que nenhum aluno fosse identificado.

- Direito á protecção contra o desconforto e o prejuízo

Baseia-se segundo Fortin (1999), nas regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem.

No presente trabalho de investigação o único desconforto advinha do preenchimento do questionário.

- Direito a um tratamento justo e equitativo

Refere-se ao direito que o participante tem em receber um tratamento equitativo (escolha dos sujeitos ligada ao problema de investigação) e justo (direito a ser informado sobre a natureza, os objectivos e a duração da investigação), antes, durante e após a sua participação no presente estudo (Fortin, 1999).

Foi dada informação a todos os participantes sobre a natureza da investigação, assim como os métodos utilizados para a realização do estudo.

2. Tipo de estudo

Segundo Fortin (1999), o tipo de estudo refere-se à estrutura utilizada segundo a questão de investigação e visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos. “ A cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as actividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação ou às hipóteses.”

O tipo de estudo efectuado de forma a dar resposta aos objectivos da investigação é do tipo descritivo, inserido numa abordagem quantitativa.

Para Fortin (1999) um estudo descritivo “ (...) consiste em descrever (...) um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta.”

Segundo Fortin (1999) a abordagem quantitativa:

“ (...) constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objectivos no que concerne às variáveis em estudo. (...) o controlo permite delimitar o problema de investigação e suprimir os efeitos de variáveis estranhas. As estratégias tais como o controlo, os instrumentos metodológicos e a análise estatística visam tornar os dados válidos, isto é, assegurar uma representação da realidade, de modo a que estes dados sejam generalizáveis a outras populações.”

Em relação à dimensão temporal, o estudo é transversal porque pretende identificar os comportamentos alimentares dos adolescentes, num determinado momento temporal, ou seja, no momento do preenchimento do questionário (Fortin, 1999).

2.1 Meio onde se desenvolve o estudo

Este estudo desenvolve-se em meio natural, os alunos inquiridos não estarão sujeitos a qualquer tipo de controlo laboratorial. Realiza-se no meio onde os indivíduos estão inseridos. Neste estudo o meio corresponde à FCS/UFP.

3. População alvo

Segundo Fortin (1999), a população é o conjunto de todos os sujeitos ou elementos de um grupo bem definidos tendo em conta uma ou mais características semelhantes, sobre o qual assenta a investigação.

Para este estudo a população escolhida abrangia todos os alunos que frequentassem o 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da FCS/UFP, no ano lectivo 2009/10.

Esta população é constituída por 90 alunos.

4. Amostra

A amostra é “ (...) um sub-conjunto de uma população [...] deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada (...)”, Fortin (1999, p. 202).

No estudo a amostra seleccionada corresponde a 52 alunos.

5. Processo de amostragem

O processo de amostragem é um procedimento no qual se escolhe um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população, de forma a obter informações relacionadas com um fenómeno, de maneira a que a população inteira que nos interessa esteja representada (Fortin, 1999).

O método de amostragem utilizado é o não probabilístico por conveniência porque a amostra é formada por sujeitos facilmente acessíveis e estão presentes num determinado local no momento da colheita de dados (Fortin, 1999).

Dado que os sujeitos da amostra se encontravam dentro da sala de aula da instituição, na data e horários previstos para a colheita de dados, não tendo igual probabilidade de serem seleccionados para fazer parte de outra amostra.

6. Questões de investigação

Segundo Fortin (1999), uma questão de investigação é um: “ (...) enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar (...)”.

Depois de seleccionar a temática de interesse, surge a necessidade de construir a questão de investigação que delineará o estudo que se pretende desenvolver: investigar os

comportamentos alimentares dos alunos do 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da FCS/UFP. Neste contexto, definiu-se a seguinte questão:

- Os alunos do 3.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da FCS/UFP têm comportamentos alimentares saudáveis?

7. Objectivos do estudo

Para a elaboração de qualquer trabalho, seja ele investigação ou não, pressupõe a delineação de objectivos por parte do autor, já que estes marcam o fim que se quer atingir.

De acordo com Fortin (1999, p. 100) o objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É “ (...) um enunciado declarativo que precisa da orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio da questão.”

Objectivo geral

- Caracterizar os comportamentos alimentares dos alunos do 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da FCS/UFP;

Objectivos específicos

- Identificar os locais onde os alunos efectuem a maior parte das suas refeições;
- Identificar a opinião dos alunos quanto à sua alimentação;
- Identificar com quem vivem os alunos;
- Identificar a quantidade alimentar dos géneros masculino e feminino;
- Identificar a qualidade alimentar dos géneros masculino e feminino;

- Identificar a variedade alimentar dos géneros masculino e feminino;
- Identificar a adequação alimentar dos géneros masculino e feminino;

8. Variáveis em estudo

Para Fortin (1999), operacionalizar uma variável é defini-la de modo a que esta possa ser observada e medida. É também atribuir-lhe significação, especificando as actividades ou operações necessárias para a medir. Para efectuar a operacionalização de uma variável deve-se precisar as definições conceptuais, especificar as dimensões do conceito, identificar os indicadores empíricos e proceder à escolha ou à elaboração dos meios apropriados para medir as variáveis em estudo.

8.1. Variável de atributo

De acordo com Fortin (1999), as variáveis atributo são geralmente variáveis demográficas que são determinadas em função das características do estudo. Após a colheita de dados, a informação obtida permite traçar um perfil das características dos sujeitos da amostra.

As variáveis atributo do estudo são a idade e o género.

9. Instrumento de colheita de dados

Relativamente ao instrumento de colheita de dados considerado para a investigação foi o questionário que é de acordo com Fortin (1999, p. 374) “ (...) o conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar as atitudes, as opiniões e o resultado dos sujeitos ou colher qualquer informação junto dos sujeitos.”

O questionário tem como vantagem a tradução dos objectivos de um estudo em variáveis mensuráveis, coadjuvar a organização, a normalização e o controlo dos dados (Fortin, 1999).

O questionário encontra-se estruturado em duas partes. Na primeira parte encontram-se questões que têm como objectivo conhecer os dados sócio-demográficos dos alunos (idade, género, curso que frequenta, ano, com quem habita e onde faz a maior parte das refeições). Na segunda parte encontra-se a Escala de Avaliação dos Comportamentos Alimentares de Marques *et al.* (2007), que nos permite saber se os comportamentos da nossa população são ou não adequados, ainda não validada pelos autores e por isso ainda não está publicada. É composta por 40 itens, que se encontram distribuídos de forma desigual por quatro dimensões.

Quadro 1 – Distribuição dos itens da Escala de Avaliação de Comportamentos Alimentares de Marques *et al.* (2007) pelas dimensões.

| Dimensões | Itens |
|-----------------------------|---|
| Quantidade Alimentar | 3*, 19*, 25*, 31*, 32*, 35*, 36 |
| Qualidade Alimentar | 11, 12*, 13, 14*, 15, 16*, 17*, 18*, 20*, 21*, 22*, 24*, 29*, 40. |
| Variedade Alimentar | 7, 8, 9, 10, 26, 33*, 38, 39. |
| Adequação alimentar | 1, 2, 4, 5, 6, 23, 27, 28, 30*, 34*, 37* |

Esta é uma escala tipo Lickert, que de acordo com Fortin (1999) é uma escala em que um sujeito exprime em que medida está de acordo ou desacordo com cada enunciado proposto: o score total indica a atitude ou a opinião do sujeito.

Assim, cada item da escala pode ter uma classificação de um (1) a cinco (5) pontos, que aumenta da esquerda para a direita, à excepção dos itens assinalados com um asterisco (*) em que a pontuação é atribuída de forma inversa, isto é, de cinco (5) a um (1) ponto como a seguir é descrito:

- 1- Nunca (Zero (0) vezes por semana);
- 2- Raras vezes (uma (1) a duas (2) vezes por semana);
- 3- Algumas vezes (três (3) a quatro (4) vezes por semana);
- 4- Muitas vezes (cinco (5) a seis (6) vezes por semana);
- 5- Sempre (sete (7) ou mais vezes por semana).

A pontuação máxima possível é de 200 (40 indicadores x 5, o valor máximo atingível em cada item) e a pontuação mínima é de 40 (40 indicadores x 1, o valor mínimo atingível em cada item).

Segundo Marques *et al.* (2007), quanto maior for a pontuação obtida melhores e mais adequados são os comportamentos alimentares. Assim, quando as pontuações obtidas forem superiores a 3 (ou 80) é considerado que o indivíduo tem comportamentos alimentares adequados. Quando esta pontuação for inferior a 3 (ou 80) é considerado que o indivíduo tem comportamentos alimentares desadequados.

9.1. Pré-teste

Com o objectivo de testar o instrumento de colheita de dados antes de ser aplicado definitivamente, aplicou-se o questionário a uma pequena amostra.

De acordo com Fortin (1999), o pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. Esta etapa é muito importante, permitindo corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e a ordem das questões.

O pré-teste foi aplicado no dia 29 de Junho de 2010 a nove indivíduos.

Dos sujeitos que entraram no pré-teste, nenhum deles, entrou na nossa amostra em estudo.

Face à aplicação do pré-teste verificou-se que não era necessário proceder a alterações.

9.2. Colheita de dados

Para efectuar a colheita de dados devem ser “ (...) efectuadas certas diligencias como: a obtenção de uma autorização para realizar o estudo em determinado estabelecimento; a aprovação da comissão de ética do estabelecimento em questão (...) ” (Fortin, 1999, p. 261).

Depois de obtida a autorização da instituição alvo para a realização deste trabalho de investigação, procedeu-se à colheita de dados.

10. Tratamento de dados

Para Fortin (1999, p. 364) a análise de dados é um “Conjunto dos métodos estatísticos que permitem visualizar, classificar, descrever e interpretar os dados colhidos junto dos sujeitos.”.

Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science), na versão 18.0 para ambiente Windows.

Os dados foram analisados aplicando a distribuição de frequências para as variáveis nominais/catóricas e a análise descritiva para as variáveis numéricas.

Iniciou-se a apresentação dos resultados com uma breve caracterização da amostra e só depois se analisou o comportamento dos inquiridos face a vários aspectos da alimentação, de acordo com o definido na Escala de Avaliação dos Comportamentos Alimentares de Marques *et al.* (2007).

III. Apresentação e análise dos resultados

1. Caracterização da amostra

Responderam a este questionário 52 alunos do 3.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa. Como se pode observar no Gráfico 1, 73% dos inquiridos são do género Feminino (n=38) e 27% são do género Masculino (n=14).

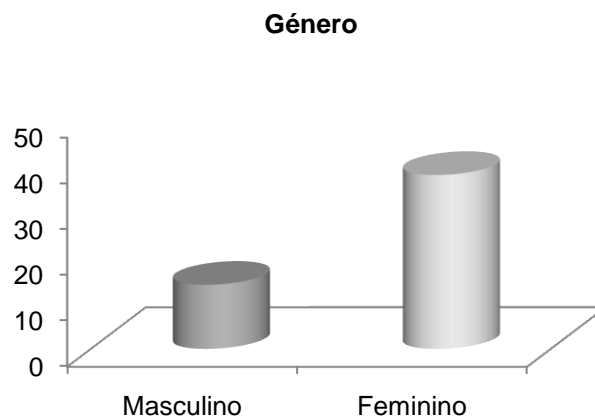


Gráfico 1 – Distribuição da Amostra por género.

Em termos de Idade, só um inquirido tem idade inferior a 20 anos e só um participante apresenta uma idade superior a 28 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Análise descritiva da Idade da Amostra.

| N | Mínimo | Máximo | Média | Desvio-padrão |
|----|--------|--------|-------|---------------|
| 52 | 19 | 40 | 22,54 | 3,171 |

Relativamente às pessoas com quem os inquiridos vivem, observa-se que a maioria (69%) vive com os Pais, seguindo-se os que vivem com Familiares (15%). Somente uma minoria afirmou viver com Colegas/Amigos (8%) e Outros (8%), tratando-se, neste último caso, de situações de co-habitação entre namorados (Gráfico 2).

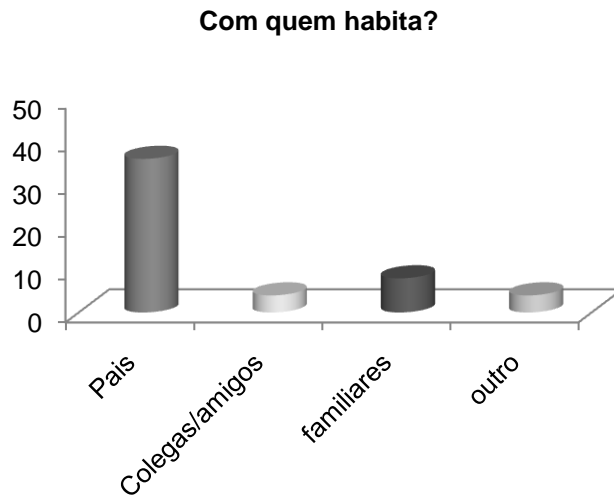


Gráfico 2 – Distribuição da Amostra por co-habitação.

Analisando, agora, as respostas relativas aos hábitos alimentares, verifica-se que a maioria dos inquiridos faz as suas refeições em casa (83%), sendo que só uma minoria afirmou fazer as refeições no local de trabalho (10%) e fora do local de trabalho (8%).

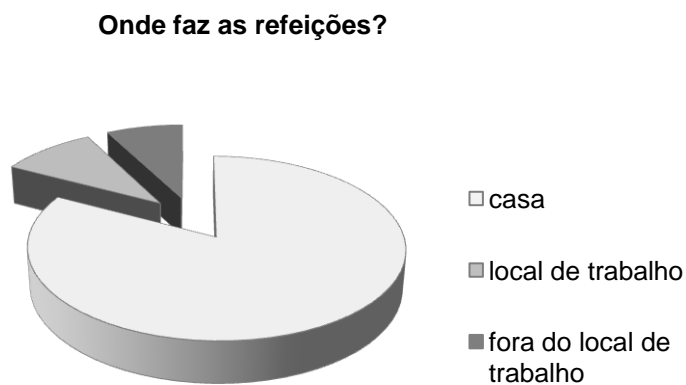


Gráfico 3 – Distribuição da Amostra por local onde faz as refeições.

De entre os quatro inquiridos que declaram fazer as refeições fora do local de trabalho, dois optam por comida tipo *fast-food* e dois escolhem comida tipo mediterrânica.

A maioria dos inquiridos avalia a sua alimentação como sendo saudável (67%) e somente 10% considera que a sua alimentação não é saudável. Contudo, é interessante verificar que 23% da amostra (n=12) reconheceu que a sua alimentação podia ser melhor.

Quando questionados sobre como poderiam melhorar a sua alimentação, 50% dos inquiridos afirmou que seria aumentando a variedade das suas refeições, 25% considera que melhorava a sua alimentação diminuindo a ingestão de gorduras, 17% declarou que deveria aumentar o consumo de vegetais/legumes e 8% referiu o aumento do consumo de fruta (Gráfico 4).

Como podia melhorar a sua alimentação?

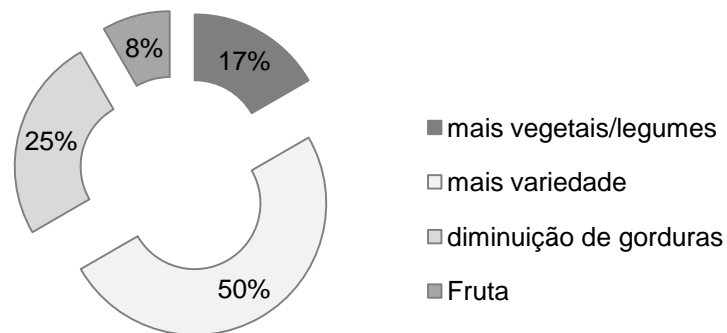


Gráfico 4 – Opinião da Amostra quanto às formas de melhorar a sua alimentação.

2. Avaliação dos comportamentos alimentares

De um modo geral, a amostra apresenta comportamentos alimentares adequados, na medida em que o valor médio obtido foi de 138, com um desvio-padrão de 13, não se registando nenhum caso de pontuação abaixo do valor de referência (Tabela 2).

Tabela 2 – Análise descritiva da Escala de Avaliação dos Comportamentos Alimentares.

| N | Mínimo | Máximo | Média | Desvio-padrão |
|----------|---------------|---------------|--------------|----------------------|
| 52 | 98 | 165 | 137,69 | 12,533 |

Contudo, verifica-se que as raparigas apresentam, em média, valores mais elevados do que os rapazes. (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise descritiva da Escala de Avaliação dos Comportamentos Alimentares por género.

| | N | Média | Desvio-padrão |
|-----------|----------|--------------|----------------------|
| Masculino | 14 | 130,36 | 13,426 |
| Feminino | 38 | 140,39 | 11,195 |

Analisando as quatro subescalas que constituem a Escala de Avaliação dos Comportamentos Alimentares, observa-se que as dimensões que mais se afastam do valor máximo possível são os domínios relacionados com a qualidade e a adequação (Tabela 4).

Tabela 4 – Análise descritiva das dimensões da Escala de Avaliação dos Comportamentos Alimentares.

| Domínios | Mínimo | Máximo | Média | Desvio-padrão |
|-----------------------------|---------------|---------------|--------------|----------------------|
| Quantidade alimentar | 14 | 30 | 22,21 | 3,089 |
| Qualidade alimentar | 37 | 59 | 48,25 | 4,866 |
| Variedade alimentar | 17 | 38 | 29,23 | 3,869 |
| Adequação alimentar | 19 | 48 | 38,00 | 4,967 |

Em termos de género, verifica-se que, em média, as raparigas pontuam mais alto em todas as dimensões.

A Tabela 5 mostra que as raparigas não só pontuam mais na dimensão quantidade como ainda apresentam maior dispersão, ou seja, existe maior variação entre as raparigas do que entre os rapazes no que se refere a este aspecto.

Tabela 5 – Análise descritiva da dimensão quantidade alimentar por género.

| | N | Média | Desvio-padrão |
|-----------|----------|--------------|----------------------|
| Masculino | 14 | 21,50 | 2,279 |
| Feminino | 38 | 22,47 | 3,327 |

Relativamente à qualidade, rapazes e raparigas apresentam comportamentos muito similares (Tabela 6).

Tabela 6 – Análise descritiva da dimensão qualidade alimentar por género.

| | N | Média | Desvio-padrão |
|-----------|----------|--------------|----------------------|
| Masculino | 14 | 47,07 | 4,875 |
| Feminino | 38 | 48,68 | 4,855 |

Já no que se refere à variedade alimentar, as raparigas não só apresentam valores mais elevados como ainda apresentam uma menor dispersão.(Tabela 7).

Tabela 7 – Análise descritiva da dimensão variedade alimentar por género.

| | N | Média | Desvio-padrão |
|-----------|----------|--------------|----------------------|
| Masculino | 14 | 27,50 | 4,202 |
| Feminino | 38 | 29,87 | 3,588 |

Relativamente à adequação alimentar, as raparigas apresentam valores mais elevados (Tabela 8).

Tabela 8 – Análise descritiva da dimensão adequação alimentar por género.

| | N | Média | Desvio-padrão |
|-----------|----------|--------------|----------------------|
| Masculino | 14 | 34,29 | 6,031 |
| Feminino | 38 | 39,37 | 3,752 |

IV. Discussão

Todos os inquiridos nesta investigação obtiveram uma pontuação acima de 80 na Escala de Avaliação dos Comportamentos Alimentares de Marques *et al.* (2007). Sendo que 80 é o valor de referência definido pelos autores para a avaliação da adequação dos comportamentos alimentares, podemos concluir que todos os participantes apresentam comportamentos alimentares adequados.

Considerando que se trata de uma amostra de alunos universitários, potencialmente a sua formação académica poderia influenciar a sua maior preocupação com as questões relacionadas com a alimentação. Borges e Lima Filho (2004) referem que os hábitos alimentares dos estudantes mudaram depois do ingresso na universidade, levando-a escolher os alimentos de uma forma mais saudável.

Relativamente a outros estudos realizados em Portugal (Costa, 2008; Cunha *et al.*, 2006), a presente amostra demonstra uma maior consciencialização da importância dos hábitos alimentares saudáveis para a promoção da saúde. Mais uma vez, consideramos que a formação em enfermagem tem influência nesta tomada de consciência, mas também não podemos esquecer o factor idade. A investigação em Portugal tem privilegiado o estudo do comportamento alimentar em adolescentes, havendo poucos estudos realizados em população universitária.

Outro factor que parece influir na adopção de comportamentos alimentares saudáveis é a influência atribuída à família. Cunha *et al.* (2006) referem que os hábitos alimentares dos adolescentes são complexos e envolvem múltiplos factores, sendo que a família e o meio escolar desempenham um papel importante na educação alimentar desses jovens.

Também Costa (2008) salienta a importância do meio escolar enquanto contexto privilegiado para a promoção de estilos de vida saudáveis.

Apesar de se tratar de alunos do ensino superior, não é de todo de desprezar a influência da família e dos pais, na medida em que a grande maioria dos inquiridos continua a fazer as suas refeições em casa.

Contudo, parece-nos interessante que os próprios inquiridos considerem que poderiam melhorar a sua alimentação, sobretudo, através de uma alimentação mais variada, com maior ingestão de legumes e frutas e, ainda, uma diminuição do consumo de gorduras.

As alterações alimentares sugeridas pelos inquiridos, no sentido de um padrão alimentar mais saudável, vão ao encontro do conceito de dieta mediterrânica, que se caracteriza, entre outros aspectos, pelo consumo abundante de produtos hortícolas e frutos (Peres, 1997a, 1997b). Relativamente às gorduras, não podemos esquecer que, actualmente, o azeite não é a única gordura utilizada na culinária portuguesa. Apesar de se ter verificado, recentemente, um aumento no consumo de azeite, o consumo geral de gorduras em Portugal parece não apresentar um aumento significativo (INE, 2003). O consumo de gorduras é influenciado pelos meios de comunicação social (Craveiro *et al.*, 2007).

Relativamente ao género, o presente trabalho confirma os resultados obtidos noutros estudos (Peres, 1997c; Santos e Machado, 2001; Silva *et al.*, 2008).

Peres (1997c) localiza nos anos 30 do século XX uma mudança drástica das classes sociais dominantes europeias face às questões do corpo e da imagem. O autor refere que estas passaram a privilegiar como marcadores de diferenciação social um corpo saudavelmente alimentado e atlético, oposto ao modelo do novo-rico, onde “*gordura é formosura.*” Com a emancipação da mulher e a sua conseqüente entrada no mercado de trabalho, vai-se acentuar esta procura de um novo ideal de beleza, onde emagrecer merece todos os sacrifícios.

Esta tendência generalizou-se a todas as faixas etárias. É especialmente preocupante a incidência desta nova tendência nos adolescentes, uma vez que o seu organismo se encontra numa fase de pleno desenvolvimento e maturação, que pode ser comprometida pelas deficiências nutricionais causadas por uma alimentação desadequada (Peres, 1997c).

Segundo Peres (1997c), em Portugal, 28% das raparigas e 9% dos rapazes manifestam uma obsessão por emagrecer.

Também Santos e Machado (2001) referem que a obsessão pela magreza e pela dieta crónica são cada vez mais frequentes, sobretudo entre as mulheres adultas. Segundo Mota e Sallis (2002) a maior preocupação feminina com a imagem corporal poderá dever-se a uma maior valorização cultural de determinados estereótipos. Enquanto que no género masculino se valoriza uma estrutura física forte, musculosa, poderosa, habilidosa, exibindo traços de competitividade, agressão e coragem, a imagem feminina que é culturalmente idealizada está associada a uma relativa magreza, fragilidade, gentileza, ternura, submissão e graça.

Numa investigação realizada por Silva *et al.* (2008), com 120 estudantes universitários com idades compreendidas entre os 17 e os 33 anos, constatou-se que as mulheres obtiveram maior pontuação tanto no Teste de Atitudes Alimentares como na avaliação dos Distúrbios do Comportamento Alimentar. Este estudo comprova a maior flutuação feminina no que se refere ao comportamento alimentar. Elas são, por um lado, as mais cuidadosas com a alimentação, mas por outro, são as que mais prejudicam a saúde em função da imagem.

A maior preocupação das raparigas com a sua alimentação, manifestada neste estudo, refere-se sobretudo a dois domínios: a variedade e adequação alimentar.

A variedade alimentar refere-se ao tipo de alimentos consumidos e à preocupação em diversificar de forma equilibrada esses alimentos, não só à refeição como também de refeição para refeição. Este facto remete-nos novamente para o padrão alimentar mediterrânico, na medida em que os alimentos consumidos eram os que só estavam disponíveis numa determinada altura do ano – produtos da época. Apesar de, actualmente, a disponibilidade de alimentos já não depender somente das questões meteorológicas e dos ciclos agrícolas, a verdade é que a imagem de um prato cheio e variado é parte integrante da cultura gastronómica portuguesa (Peres, 1997b).

A maior variedade alimentar evidenciada pelos inquiridos do género feminino poderá dever-se, como sugerem Castilho e Silveira (1991), a uma tendência deste género realizar maior número de refeições relativamente aos indivíduos do género masculino. Num estudo realizado

por estes autores com estudantes universitários de Coimbra, que se alimentavam nas cantinas, concluiu-se que a realização de cinco refeições diárias era superior nos inquiridos do sexo feminino (38,7%) em relação ao sexo masculino (26,4%) o que estava directamente relacionado com a variedade de alimentos ingeridos.

A adequação alimentar também é mais valorizada pelo género feminino. Este domínio avalia os hábitos de consumo saudáveis, os horários e intervalos entre as refeições, o número de refeições, etc. (Marques *et al.*, 2007).

Quanto aos hábitos de consumo alimentar saudáveis, o género masculino demonstra um consumo excessivo de alimentos ricos em sal e bebidas alcoólicas. Por outro lado, são as mulheres quem mais consome lacticínios, frutas e legumes, o que evidencia um padrão alimentar mais saudável (Peres, 1997b; Matos *et al.*, 2006).

Relativamente ao cumprimento dos horários das refeições e dos intervalos entre elas, são os homens quem, normalmente, falha a toma do primeiro almoço, esquece as merendas e prolonga o jejum nocturno, reduzindo assim o número de refeições diárias (Peres 1997b).

V. Conclusão

O comportamento alimentar é determinante para o estado de saúde do indivíduo, na medida em que é através da alimentação que podemos assegurar a ingestão da quantidade adequada de alimentos, que devem ser variados e de qualidade, de forma a garantir o equilíbrio nutricional do organismo.

De um modo geral, os estudantes universitários que constituíram a amostra do presente estudo apresentam comportamentos alimentares adequados. Apesar dos resultados serem bastante animadores do ponto de vista dos comportamentos alimentares, nesta amostra de estudantes do ensino superior, pensamos que eles não reflectem a globalidade da população estudantil, muito menos da população portuguesa em geral.

Por outro lado, a grande uniformidade da amostra, em termos de idade, área de formação, ano de escolaridade, co-habitação e local de realização das refeições, não permitiu que se estabelecessem relações entre as variáveis, no sentido de perceber quais os factores que interferem com os comportamentos alimentares.

Contudo, a análise comparativa com os resultados de outros estudos permitiu-nos perceber que o género, a idade, o nível de escolaridade e mesmo a área de formação ou curso desempenham um importante papel na adopção de comportamentos alimentares adequados.

São, contudo, escassas, na literatura científica, as referências a diferenças entre os comportamentos alimentares de rapazes e raparigas. Os poucos estudos que encontramos incidiam, sobretudo, na temática dos distúrbios alimentares e na sua maioria afectam o género feminino. Os resultados do presente estudo sugerem que as questões alimentares, sejam elas quais forem, afectam particularmente este género. No entanto, não foi possível explicar cabalmente o porquê desta incidência.

Com certeza que a explicação das diferenças de género no que se refere aos comportamentos alimentares é complexa e engloba aspectos diversos relacionados com a cultura e os modelos de beleza, socialmente estabelecidos para cada um dos géneros, aspectos fisiológicos

relacionados com a regulação dos mecanismos cerebrais da fome e da saciedade e ainda alterações nos ritmos de vida da sociedade moderna, que disponibilizam cada vez menos tempo para efectuar as refeições.

Neste sentido, Peres (1997a) salienta as alterações que o conceito de ‘comer, ‘ a escolha dos alimentos e a organização das refeições tem sofrido nas últimas décadas, nomeadamente a perda da função social das refeições em família, a substituição das refeições caseiras por outras, normalmente de baixo valor nutricional, praticadas noutros contextos a preços difíceis de rivalizar, e as fortes campanhas publicitárias das grandes marcas alimentares que transmitem informações erróneas sobre a qualidade dos alimentos que representam.

Torna-se assim fundamental educar para a saúde. A educação para a saúde é, essencialmente, a promoção da saúde através da transmissão de conhecimentos sobre os benefícios de determinados comportamentos, procurando implementar actividades que demonstrem e comprovem que a mudança comportamental é possível se o indivíduo estiver empenhado e motivado.

De entre as componentes da educação para a saúde, a educação alimentar é uma das áreas que tem sido alvo de forte implementação, sobretudo em contexto escolar, evidenciando resultados que são bastante animadores.

Costa (2008) implementou um projecto de educação alimentar numa escola dos 2.º e 3.º Ciclos de Vila Nova de Gaia e observou uma evolução positiva nas atitudes e comportamentos dos alunos face a uma alimentação saudável.

Por outro lado, Afonso (2009) demonstrou que a implementação de campanhas de sensibilização/informação sobre hábitos alimentares saudáveis ao nível do ensino pré-escolar teve a vantagem de despertar a atenção para as questões do excesso de peso e da obesidade.

Destaca-se, assim, o carácter preventivo da educação para a saúde e o papel de educador de saúde do enfermeiro.

O enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para promover estilos de vida saudáveis, nomeadamente através da educação alimentar.

Ao longo desta investigação, algumas novas questões foram suscitando o nosso interesse. Por exemplo, será que os resultados seriam diferentes se tivéssemos utilizado uma outra amostra de estudantes universitários, especialmente de formação distinta da área da saúde? Também seria interessante investigar em que medida a frequência do curso de enfermagem altera os comportamentos alimentares dos alunos, analisando comparativamente os comportamentos alimentares no ingresso e no final do curso.

Bibliografia

- Afonso, L. (2009). Educação alimentar pré-escolar – projecto “Saber comer para Bem Crescer”. *Nutricias*, (9), [pp. 16-18]
- Aguiar, R. (2001). *Manual de Educação Alimentar*. Lisboa, Publicações Dom Quixote
- Amorim, M. (2005). Obesidade infantil: a nova epidemia. *Pais & Filhos*, (1972), [pp. 79-80]
- Anderson, L., Dibble, M., Turkki, P., Mitchell, H. e Rynbergen, H. (1998). *Nutrição*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara
- Borges, C. M. e Lima Filho, D. O. (2004). Hábitos alimentares dos estudantes universitários: um estudo qualitativo. *in Seminários de Administração*
- Castilho, M. C., Silveira, M. I. N. (1991) Uma experiência de inquérito para avaliação do conhecimento da população infantil da Universidade de Coimbra. *Revista Portuguesa de nutrição*, 3(3), [pp. 46-45]
- Collière, M. (1999). *Promover a Vida*. Lisboa, Lidel
- Costa, R. N. (2008). O trabalho de projecto como estratégia para a promoção da educação alimentar. *Nutricias*, (8), [pp. 4-13]
- Craveiro, C. e Cunha, S. (2007). Publicidade e alimentação: mistura explosiva. *Nutricias*, (7, Setembro), [pp. 58-63]
- Cunha, S., Sinde, S., Bento, A. (2006). Hábitos alimentares de adolescentes. Meio rural/urbano – Que contrastes?. *Nutricias*, (6), [pp. 26-33]
- Daphane, Oz. (2010). *A Dieta dos Estudantes. Descubra o lado bom de perder peso*. Alfragide, Lua de Papel

- Edelman, C. (1997). Coordenando a prestação do cuidado de saúde – continuum saúde-doença. *In: Perry, A.G., Potter, P.A. Fundamentos de Enfermagem – Conceitos, Processo e prática.* Guanabara Koogan. 4ª Edição. Rio de Janeiro

- Fernandes, A.(2004). *Guia para uma alimentação saudável.* Lisboa, Editora Presença

- Ferreira, F. A. (1994). *Nutrição humana.* Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian

- Fortin, M. F. (1999). *O processo de Investigação da concepção à realização.* Lisboa, Lusociência

- Franchini, B., Rodrigues, S., Graça, P., Almeida, M. (2004). A nova Roda dos Alimentos ... um guia para uma alimentação saudável. *Nutricias*, (4, Maio), [pp. 54-55]

- Franz, M. (2002). Terapia Nutricional no Diabetes Mellitus. *In: Mahan, L. e Strump, S. (ed). Alimentos, Nutrição e Deietoterapia.* 10ª edição. São Paulo, Roca

- INE (2003) *Hábitos alimentares dos portugueses.* Lisboa: Instituto Nacional de Estatística [em linha]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=72105&DESTAQUESTema=00&DESTAQUESmodo=2. [Consultado em 22/06/2010]

- INE (2004). *Alimentação em Portugal.* Lisboa: Instituto Nacional de Estatística [em linha]. Disponível em [://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=72651&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=72651&DESTAQUESmodo=2) .[Consultado em 22/06/2010]

- Marques, A. (2007). *Comportamentos e distúrbios Alimentar.* Coimbra, Formasau

- Marques, A Ferreira, F.,Vaquinhas, M. e Martins, J. (2007). Escala de Avaliação dos Comportamentos Alimentares. Escola Superior de Enfermagem. Coimbra

- Martins, A. e Durão, C. (2002). Dieta Mediterrânica. *Nutricias*, (2, Junho), [pp. 38-42]
- Martins, C. (2002). *Nutrição: Nutrição Clínica no Adulto*. São Paulo, Manole
- Matos, M., Simões, C., Tomé, G.; Gaspar, T., Camacho, I. e Diniz, J. (2006). A saúde dos adolescentes portugueses: hoje e em 8 anos. Relatório preliminar do estudo HBSC. [em linha]. Disponível em <http://www.fmh.utl.pt>. [Consultado em 23/06/2010]
- Mota, J. e Sallis, J. F. (2002). *Actividade física e a saúde: factores de influência da actividade física nas crianças e nos adolescentes*. Porto: Campo das Letras
- Nunes, E. e Breda, J. (2005). *Manual para uma Alimentação Saudável em jardins de infância*. Lisboa, Direcção Geral de Saúde
- Peres, E. (1997a). *Bem comidos, Bem Bebidos*. Lisboa, Caminho
- Peres, E. (1997b). *Saber comer para melhor viver – Alimentação Saudável*. Lisboa, Caminho
- Peres, E. (1997c). *Emagrecer: porque se engorda e como se emagrece*. Lisboa, Caminho
- Peres, E. (2000). Admirável Alimentação Mediterrânea. *Mundo Médico*, 2(10), [pp. 34-35]
- Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre determinantes de saúde relacionados com os estilos de vida. (2003). Direcção Geral de Saúde. Despacho 465/2003 de 15 Dezembro
- Redman, B. (2001). *A Prática da Educação para a Saúde*. 9ª edição. Lisboa, Lusociência
- Reis, J. (2004). Obesidade infantil e seus afluentes. *Anamnesis*, 12(124, Nov-Dez), [pp. 2-11]
- Saldanha, H. (2001). *Nutrição Clínica Moderna na Saúde e na Doença*. Coimbra. Lidel

- Senra, D., Pinto, I., Faria, M., Carvalho, M., Magalhães, T. (2004). Projecto de educação alimentar: Manual “Aprender a comer com a fada dentinho”. *Nutricias*, (4), [pp. 56-57]

- Silva, A. I. e Lima, J. (2002). Ser idoso-estudo de uma população. *Geriatrics*, nº140, [pp 12-17]

- Silva, R., Pereira, A., Esmeriz, C., Cerqueira, C. e Sá, J. (2008). Distúrbios do comportamento alimentar e actividade física dos estudantes. *Revista Digital*, 13(126), [em linha]. Disponível em <http://www.efdeportes.com>. [Consultado em 27/06/2010]

- Sousa, J. S. e Carvalho, C. A. (1983). *Nutrição em Pediatria: informação básica*. Direcção Geral de Saúde, p. 91

- Teixeira, P., Barata, T. e Sardinha, L. B. (2008). *Nutrição, Exercício e saúde*. Lisboa, Lidel

- Santos, M. e Machado, P. (2001). Restrições alimentares e sua justificação: comparação entre mulheres jovens normais e predispostas a perturbações alimentares. *Nutricias*, (1), [pp. 34-39]

Anexos

Ex.ma Sr^a Professora Coordenadora Águeda Gonçalves Marques

ASSUNTO: Facultação do instrumento de recolha de dados

Sara Margarete Duarte Rodrigues, aluna do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto, encontra-se a realizar um estudo de investigação no âmbito do plano curricular do referido curso, sob a orientação pedagógica do Professor José Teixeira, docente da instituição.

O trabalho de investigação é subordinado à temática dos comportamentos alimentares dos alunos do 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP.

Desta forma e tendo em conta que não tenho disponível um instrumento de recolha de dados adequado à referida temática, venho por este meio solicitar a facultação do instrumento elaborado por Vossa Excelência.

Agradeço antecipadamente a colaboração que me venha a ser prestada, com o compromisso do cumprimento das normas éticas inerentes a este tipo de estudo, disponibilizo-me para o esclarecimento de qualquer dúvida por parte de V^a. Ex.^a.

Atenciosamente,

Tlm: 916296103

Email: margarete.sara@gmail.com



Sara Rodrigues <margarete.sara@gmail.com>

(sem assunto)

Agueda Marques <agueda@esenfc.pt>
Para: margarete.sara@gmail.com

26 de Abril de 2010 10:04

Cara estudante Sara

Junto envio a Escala sobre Hábitos e Comportamentos Alimentares. Espero que lhe seja útil e chegue a resultados "interessantes". Os autores da escala autorizam a sua aplicação mas com o compromisso de não ser modificada. Gostaríamos ainda de conhecer os resultados obtidos com esta investigação.

Bom trabalho, sempre ao dispor

Águeda Marques

Águeda da Assunção Gonçalves Marques - Professora Coordenadora
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Rua 5 de Outubro ou Avenida Bissaya Barreto - Apartado 55
3001-901 COIMBRA
Tel 00351 239487200 / 239802850 Fax 00351239442648
email: agueda@esenfc.pt

3 anexos

 Microsoft Word - 1 - ESCALA CORRIGIDA - COMPORTAMENTOS ALIMENTARES.pdf
30K

 Microsoft Word - 2 - ESCALA - COMPORTAMENTOS ALIMENTARES.pdf
30K

 Microsoft Word - 3 - DIMENSÕES DA ESCALA.pdf
13K



Termo de consentimento informado

Sara Margarete Duarte Rodrigues, a frequentar o 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, encontra-se a elaborar o Projecto de Investigação que se intitula “Comportamentos alimentares da população actual”, de forma identificar os diferentes tipos de comportamentos alimentares e relacionar as suas possíveis influências.

Solicito a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue. Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, pelo que não deverá descrever o seu nome em nenhuma parte do questionário.

(Sara Rodrigues)



Questionário

O presente questionário destina-se à identificação dos diferentes tipos de comportamentos alimentares e relacionar as suas possíveis influências. No âmbito do projecto "Comportamentos alimentares da população actual". Antecipadamente agradecemos o tempo que dedicou a este estudo.

1. Idade: _____ anos

2. Sexo: Masculino Feminino

3. Profissão*: _____

*Se estudante indicar:

curso: _____

ano: _____

4. Com quem habita?:

Pais

Colegas/Amigos

Familiares

Outra Com quem? _____

4. Onde Faz a maior parte das suas refeições por semana?

Casa

Local de trabalho

Fora do local de trabalho*

4.1. *Fora do local de trabalho come mais:

Fast food

"Comida de prato/mediterrânica".

(Responder apenas se a resposta anterior foi fora do local de trabalho)

5. Acha que a sua alimentação é saudável?

Sim

Não

Podia ser melhor Em quê? _____

6. Comportamentos alimentares

Assinalar com uma cruz a resposta que melhor corresponde à sua alimentação semanal tendo em conta a seguinte escala:

Nunca: 0 vezes por semana

Raras vezes: 1 a 2 vezes por semana

Algumas vezes: 3 a 4 vezes por semana

Muitas vezes: 5 a 6 vezes por semana

Sempre: 7 ou mais vezes por semana

| | | Nunca | Raras vezes (1 a 2 vezes) | Algumas vezes (3 a 4 vezes) | Muitas vezes (5 a 6 vezes) | Sempre (7 ou mais vezes) |
|----|--|-------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1 | Após acordar tenho por hábito tomar o pequeno almoço (até uma hora após acordar). | | | | | |
| 2 | Como devagar e mastigo bem os alimentos. | | | | | |
| 3 | Quando passo muitas horas sem comer, na refeição seguinte como mais que o habitual. | | | | | |
| 4 | Faço 5 ou 6 refeições por dia. | | | | | |
| 5 | Faço refeições com intervalos de 3 a 4 horas. | | | | | |
| 6 | O jejum nocturno não ultrapassa as 10 horas. | | | | | |
| 7 | Ingiro leite/iogurte/queijo. | | | | | |
| 8 | Como fruta. | | | | | |
| 9 | Como legumes e hortaliças. | | | | | |
| 10 | Como sopa. | | | | | |
| 11 | Como alimentos integrais ricos em fibra. (pão integral, feijão, grão, frutos secos). | | | | | |
| 12 | Como carnes gordas (porco, vaca, cordeiro). | | | | | |
| 13 | Como carnes magras (peru, frango e coelho). | | | | | |
| 14 | Adiciono aos alimentos produtos industriais (maionese, molhos). | | | | | |
| 15 | O azeite faz parte da minha alimentação. | | | | | |
| 16 | Consumo molhos gordos resultantes da confecção dos alimentos. | | | | | |
| 17 | Como pizzas, hambúrgueres e cachoros. | | | | | |
| 18 | Consumo produtos de charcutaria (salsichas, presunto, mortadela, fiambre, paio). | | | | | |
| 19 | Prefiro comida com um pouco de sal a mais. | | | | | |
| 20 | Ingiro alimentos salgados (amendoins, pistachios, batatas fritas,...) | | | | | |
| 21 | Ingiro alimentos ricos em açúcar (bolos, bebidas açucaradas, refrigerantes, chocolates). | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 22 | À merenda como um bolo ou um salgado (rissol, empada, croquete,...) | | | | | |
| 23 | Quando como um doce opto por fazê-lo após a refeição (pudim, arroz doce, leite creme,...). | | | | | |
| 24 | Prefiro comer bolos/bolachas a comer pão. | | | | | |
| 25 | Utilizo bastante açúcar para adoçar (chá, café, leite,...). | | | | | |
| 26 | Adopto uma alimentação variada às refeições. | | | | | |
| 27 | Faço uma refeição de peixe e de carne alternadamente. | | | | | |
| 28 | Faço uma alimentação à base de cozidos e grelhados. | | | | | |
| 29 | Como as partes queimadas ou carbonizadas dos alimentos. | | | | | |
| 30 | Como alimentos fritos e assados no forno. | | | | | |
| 31 | Faço refeições abundantes. | | | | | |
| 32 | Petisco entre as refeições. | | | | | |
| 33 | Como quase sempre o mesmo tipo de alimentos. | | | | | |
| 34 | Consumo bebidas alcoólicas fora das refeições. | | | | | |
| 35 | Só bebo água quando tenho sede. | | | | | |
| 36 | Bebo pelo menos 1,5 L de água por dia. | | | | | |
| 37 | Consumo alimentos pré-cozinhados e enlatados. | | | | | |
| 38 | Como pão de mistura tipo caseiro (parolo, saloio, centeio). | | | | | |
| 39 | Como arroz/massa e batata. | | | | | |
| 40 | Como peixes gordos (Salmão, sardinha, cavala, carapau,...). | | | | | |

Obrigada pela sua colaboração

Sara Rodrigues