



## Artigo original

# Escolhas e hábitos alimentares em adolescentes: associação com padrões alimentares do agregado familiar



Susana Cardoso<sup>a,\*</sup>, Osvaldo Santos<sup>b</sup>, Carla Nunes<sup>a</sup> e Isabel Loureiro<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal

<sup>b</sup> Instituto de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal

### INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

#### Historial do artigo:

Recebido a 7 de abril de 2014

Aceite a 14 de julho de 2014

On-line a 2 de abril de 2015

#### Palavras-chave:

Escolhas alimentares

Adolescentes

Família

### R E S U M O

**Introdução:** São múltiplos os fatores que condicionam as escolhas alimentares. Nas idades infante-juvenis, os pais desempenham um papel importante na construção de preferências alimentares. Tal influência é especialmente relevante na infância, mas parece prolongar-se através do período da adolescência.

**Objetivo:** O principal objetivo do estudo foi caracterizar a associação entre hábitos alimentares do agregado familiar e escolhas alimentares dos adolescentes.

**Método:** Trata-se de um estudo com abordagem mista, quantitativa e qualitativa. Numa primeira etapa, a recolha de dados (quantitativos) foi feita através da Escala de Hábitos Alimentares (EHA), autopreenchida por uma amostra de adolescentes a frequentar o ensino secundário (10.º-12.º ano) em 2 escolas do distrito de Coimbra. Desta forma, foi possível caracterizar os adolescentes quanto à adequação de hábitos alimentares. De seguida, para a componente qualitativa do estudo, foram identificados e selecionados os adolescentes com pontuações mais elevadas na escala EHA (i. e., com hábitos mais adequados) e os adolescentes com pontuações mais baixas nesta escala (i. e., com hábitos alimentares menos adequados). Estes adolescentes foram entrevistados relativamente às suas preferências alimentares, nomeadamente quanto à escolha alimentar em vários contextos (em casa, na escola e fora de casa), hábitos do agregado familiar e razões conducentes às opções efetuadas. Foram questionados ainda quanto ao risco de saúde (i. e., percepções de risco) associado aos hábitos alimentares, decisão perante o impulso de comer e situações associadas e, por último, acerca de intenções de mudança de hábitos. Foi feita uma análise de conteúdo de natureza temática, com codificação linha-a-linha segundo o método de Charmaz e codificação axial (com recurso ao software MaxQDA).

**Resultados:** Participaram 358 adolescentes, dos 14 aos 18 anos (média=15,78; desvio-padrão=1,05; 46,9% rapazes). A média da pontuação obtida nos itens da EHA (escala tipo Likert 1-5) foi de 3,434 (desvio-padrão=0,346), variando entre 2,15-4,3. A pontuação total

\* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: [sm.cardoso@ensp.unl.pt](mailto:sm.cardoso@ensp.unl.pt) (S. Cardoso).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.07.004>

0870-9025/© 2014 Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

resultante da soma dos itens variou entre 86-172 (numa escala entre 0-200), com uma média de 137,4 pontos (desvio-padrão = 13,85). Não foram encontrados hábitos alimentares significativamente diferentes entre grupos etários ou estratos socioeconómicos, sendo as raparigas a assumir escolhas alimentares mais adequadas. O grupo de adolescentes com hábitos adequados (média EHA entre 3,75-4,3; pontuação total EHA entre 150-172) integra 11 alunos; o grupo com hábitos desadequados (média EHA entre 2,65-3,125; pontuação total EHA entre 106-125) integra 17 alunos. Os adolescentes com hábitos alimentares mais adequados descrevem o estilo parental como sendo mais interventivo do que o descrito pelos adolescentes com hábitos menos adequados. Esta influência, por parte dos pais, é operacionalizada de formas diversas: através de estilo autoritativo, através dos exemplos comportamentais (por parte dos pais) e/ou através de negociação ou controlo da disponibilidade alimentar em casa. Da análise de conteúdo também se infere que os pais/familiares dos adolescentes com baixa pontuação na EHA tendem a ter hábitos alimentares pouco saudáveis. É frequente o registo de sensações de bem-estar associado ao padrão alimentar, por parte dos alunos com hábitos mais adequados; nos adolescentes com hábitos menos adequados foram registadas ações de acomodação aos hábitos, sem desenvolvimento de uma postura ativa de remediação como, por exemplo, iniciativa para mudar os hábitos, mesmo que pontualmente. Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de as intervenções de educação alimentar entre jovens apostarem no desenvolvimento de comportamentos alimentares adequados ao nível de todo o agregado familiar, em complemento a intervenções educativas dirigidas apenas aos jovens.

© 2014 Escola Nacional de Saúde Pública. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Food choices and eating patterns in adolescents: association with parents' food patterns

#### A B S T R A C T

**Keywords:**  
Food Choices  
Adolescents  
Family

**Introduction:** There are several factors that can influence food choices. In children and youngsters, parents play an important role in the construction of food preferences. This influence is especially relevant in childhood but it seems to extend throughout adolescence. **Objective:** to characterize the association between the household habits and the food choices of adolescents.

**Method:** This is a quantitative and qualitative study. In a first moment, data collection (quantitative) was made by the Eating Habits Scale (EHA). Students from two schools of Coimbra (10th to 12th grade) were asked to complete the EHA. Thus, it was possible to characterize adolescents according to adequacy of eating habits. Then, for the qualitative study, we selected the students according to the best (more appropriate habits) and the worst (bad habits) score EHA obtained. These adolescents were interviewed about their food preferences, including on food choice in different contexts (at home, in school and outside the home), household habits and reasons of the choices. Were also asked about perceptions of risk associated with eating habits, decision before the urge to eat and, finally, about the intentions of changing habits. A content analysis was made, using line-by-line coding method according to Charmaz and axial codification (using MaxQDA software).

**Results:** The census of students was invited to participate in the survey, reaching a sample size of 358 students, aged 14 to 18 (mean = 15.78, standard deviation = 1.05; 46.9% boys). The average score on itens of EHA (likert 1-5) was 3,434 (standard deviation 0.346) with mean between 2.15 and 4.3. Among the adolescents, the total score obtained in the EHA ranged between 86 and 172 (possible values between 0 and 200), with an average of 137.4 (standard deviation = 13.85). There were no significant different eating habits according to each age group or socioeconomic stratum, with the girls to take more appropriate food choices (higher scores EHA). The group of adolescents with proper habits (EHA average 3.75-4.3; EHA scores between 150 and 172), includes eleven students. The group of inadequate habits (EHA average 2.65-3.125; EHA scores between 106 and 125), includes 17 students. Adolescents with proper eating habits describe the parenting style as more interventionist than those reported by adolescents with bad habits. This parents' influence is operationalized in several ways: through authoritative style, through behavioral examples (by parents), and/or through negotiation or control of food availability at home. From content analysis we also

infer that parents/families of adolescents with low scores in EHA tend to have unhealthy eating habits. Registration of feelings of well-being associated with dietary patterns is common among adolescents with proper habits; among adolescents with inadequate habits, we found conformity, without developing an active remediation attitude as, for example, initiative to change habits, even occasionally. The results point to the need for education interventions among youngsters with particular focus in developing appropriate household eating behaviors, in addition to educational interventions directed only to youngsters.

© 2014 Escola Nacional de Saúde Pública. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introdução

A escolha alimentar, mais ou menos consciente, é tomada no momento em que se compra e/ou consome determinado alimento, sendo esta escolha determinada por diversos fatores: fisiológicos, psicológicos, sociais, económicos e culturais. As escolhas alimentares são veículos de formação de hábitos alimentares e influenciam significativamente o estado de saúde ao longo da vida<sup>1</sup>. Por outro lado, importa destacar o papel da aprendizagem na aquisição de preferências alimentares em jovens (crianças e adolescentes), quer a aprendizagem formal (sobre alimentos saudáveis versus não saudáveis, por exemplo) quer a aprendizagem informal<sup>2,3</sup>. Nos processos de aprendizagem informal os pais desempenham um papel fundamental, nomeadamente através da modelação quanto a hábitos alimentares (aprendizagem vicariante, para os jovens) e da disponibilidade alimentar permitida (para além, obviamente, das recomendações/permissões diretas quanto às escolhas alimentares dos jovens)<sup>4</sup>.

De facto, o ambiente familiar apresenta-se frequentemente como de importância crucial para o desenvolvimento e manutenção dos comportamentos alimentares e de atividade física, em crianças, podendo ser encorajadas práticas saudáveis através dos hábitos assumidos pelos pais e dos recursos disponibilizados por estes<sup>5,6</sup>. Sabe-se também que as práticas parentais potenciam a opção por determinados alimentos através da exposição repetida a esses alimentos<sup>4,7</sup>.

Em crianças dos 4 aos 8 anos foi possível destacar a influência da mãe, assumindo relevância não só a prática parental, mas também o estilo parental, nomeadamente através da pressão exercida para comer, com efeito potencialmente perverso (i. e., associado a maior disfunção alimentar)<sup>8</sup>. A estrutura e as interações familiares diretamente relacionadas com a refeição estendem a sua influência sobre o período da adolescência<sup>9,10</sup>.

Um estudo de Arcan<sup>11</sup>, com adolescentes de idades compreendidas entre 15-18 anos, aponta para uma associação positiva entre a modelagem parental saudável, em termos de escolhas alimentares, e um IMC de 18-23 (i. e., saudável) nos filhos. Assim sendo, é particularmente importante compreender os determinantes das escolhas alimentares.

Com o crescimento, e sobretudo na adolescência, em que as interações sociais não parentais se intensificam, a construção de escolha torna-se mais complexa e dependente da interação com/entre múltiplos elementos psicossociais, culturais e económicos<sup>2,12</sup>. A globalização e o contexto social em que o adolescente se integra afetam as escolhas alimentares

de modo ainda mais pronunciado do que no período da infância<sup>13</sup>. Bouwman<sup>14, p.391</sup> refere que «a comida é frequentemente partilhada com outros e proporciona oportunidades para estabelecimento de contactos sociais. Estas interações sociais podem funcionar como um marco de cultura e como expressão de afeto, compromisso e identidade».

De qualquer modo, o impacto dos hábitos familiares continua a fazer-se sentir na adolescência. Por exemplo, em alguns estudos foi possível verificar associação de maior consumo de *fast-food* e menor consumo de vegetais por parte dos adolescentes, com contextos familiares que introduzem frequentemente o *fast-food* na prática habitual quotidiana<sup>15</sup>. Parece existir uma associação entre o ambiente alimentar de casa, controlado sobretudo pelos pais, e o consumo de frutas e vegetais, por parte dos jovens. A disponibilidade de frutas e vegetais e o rácio alimentos mais saudáveis/alimentos pouco saudáveis, em casa, estão fortemente associados à ingestão de frutas e vegetais<sup>16</sup>.

O estudo aqui apresentado visa contribuir para a compreensão da forma como as escolhas alimentares, no dia-a-dia de adolescentes, se relacionam com os hábitos alimentares do agregado familiar e, em especial, com os hábitos alimentares dos pais.

## Objetivos

O principal objetivo deste estudo é caracterizar a associação entre perceção dos hábitos alimentares do agregado familiar e as escolhas alimentares dos adolescentes.

Numa primeira fase, recorrendo a uma abordagem quantitativa, pretende-se caracterizar os hábitos alimentares em adolescentes a frequentar o ensino secundário. Numa segunda fase, recorrendo a uma abordagem qualitativa, pretende-se conhecer a perceção dos jovens quanto aos hábitos alimentares do agregado familiar. Esta informação, obtida pela abordagem qualitativa, permite compreender a associação entre as práticas parentais e as escolhas alimentares dos adolescentes (avaliadas pela componente quantitativa).

## Métodos

O estudo seguiu uma abordagem mista, inicialmente quantitativa e de seguida qualitativa, sempre com um desenho observacional transversal. A recolha dos dados quantitativos foi feita através de questionários de autopreenchimento,

em contexto escolar, e por entrevista individual semiestruturada face-a-face. Participaram no estudo 2 escolas (amostra intencional), em que se procurou diversidade (entre adolescentes) socioeconómica, bem como de oferta alimentar (em termos de pastelaria/*snack-bar* e estabelecimentos *fast-food* e em termos de ementa de cantina escolar). Em cada escola foi constituída uma amostra não probabilística, por conveniência. Numa das escolas foram aplicados questionários a turmas do 10<sup>o</sup> ao 12<sup>o</sup> anos de escolaridade, ensino regular, selecionando 2 turmas por ano de escolaridade e a turmas de ensino profissional, selecionando uma turma por ano de escolaridade. Noutra, foram aplicados questionários a turmas do 10<sup>o</sup> ao 12<sup>o</sup> do ensino regular, selecionando 3 turmas por cada ano de escolaridade. A seleção foi realizada com base em conveniência do horário escolar, por forma a facilitar a operacionalização dos questionários. Foram excluídos alunos com história clínica conhecida de distúrbio alimentar e/ou com patologia condicionante da dieta (n=4). Foram obtidas as autorizações da direção das escolas que participaram no estudo, bem como o consentimento informado assinado pelos pais e pelos adolescentes, com garantia de anonimato (e, portanto, de confidencialidade).

Os alunos responderam à Escala de Hábitos Alimentares (EHA), validada para a população portuguesa por Marques<sup>17</sup>. As respostas são dadas através de uma escala do tipo Likert. Quanto mais elevada a pontuação média de todos os itens, mais adequados serão os hábitos alimentares. Este instrumento inclui questões relativas a 4 dimensões: quantidade alimentar (7 itens), qualidade alimentar (14 itens), variedade alimentar (8 itens) e adequação alimentar (11 itens), que originam distribuição por item de 1-5. A pontuação global (somatório das respostas dadas aos 40 itens) pode apresentar valores a variar entre 0-200. Médias de pontuação (1-5) mais elevadas correspondem a hábitos mais adequados em termos de qualidade, quantidade, variedade e adequação alimentares.

O processo de validação da EHA desenvolvido por Marques resultou de uma amostra não aleatória, de âmbito regional (zona Centro) e verificou haver alguns itens com baixa correlação com a pontuação total da escala (reduzindo o valor global de consistência interna). No entanto, os referidos itens foram mantidos por questões de significado de constructo. Os valores de alfa encontrados no estudo de validação foram de  $\alpha = 0,5$  para a quantidade alimentar,  $\alpha = 0,716$  para a qualidade alimentar,  $\alpha = 0,658$  para variedade alimentar e  $\alpha = 0,619$  para adequação alimentar. O valor alfa de Cronbach global foi bastante bom:  $\alpha = 0,816$ .

O índice de massa corporal (IMC) foi determinado pela investigadora por medição antropométrica do peso e da altura dos adolescentes. Para determinação de pré-obesidade e de obesidade seguiram-se os pontos de corte (e curvas de percentil) do CDC<sup>18</sup>.

Para efeitos da análise estatística utilizou-se o software IBM Statistical Package for the Social Sciences, SPSS 20.0. Para comparação entre alunos provenientes dos vários estratos socioeconómicos, género e grupos etários recorreu-se ao teste t para amostras independentes e à ANOVA a um fator.

Para as entrevistas semiestruturadas foram selecionados os alunos com melhor e pior pontuação obtida na EHA. Pretendeu-se assim estabelecer uma dicotomia, com vista à

análise comparativa de subgrupos com características (em termos de hábitos alimentares) muito distintas (mais adequados – grupo A – e mais inadequados – grupo B). Assim sendo, a amostra de adolescentes que participou na abordagem qualitativa consistiu numa subamostra dos que participaram na abordagem quantitativa. O tamanho amostral de cada grupo (com melhores e piores hábitos) foi definido de acordo com o princípio da saturação teórica<sup>19</sup>:

**Grupo A (n=11):** alunos com elevada pontuação na EHA (hábitos alimentares mais adequados; EHA  $\geq 150$ ); pontuações entre 150-172, média de 163,9 (desvio-padrão = 5,84). Média das dimensões: qualidade – 3,889  $\pm$  0,29; quantidade – 4,026  $\pm$  0,56; variedade – 4,522  $\pm$  0,23; adequação – 4,024  $\pm$  0,17. Média total das dimensões – 4,115  $\pm$  0,17.

**Grupo B (n=17):** alunos com baixa pontuação na EHA (hábitos alimentares menos adequados; EHA  $\leq 125$ ); pontuações entre 106-125, média de 118,82 (desvio-padrão = 5,85). Média das dimensões: qualidade – 2,890  $\pm$  0,34; quantidade – 2,823  $\pm$  0,55; variedade – 3,125  $\pm$  0,39; adequação – 3,074  $\pm$  0,48. Média total das dimensões – 2,978  $\pm$  0,15. Relativamente a este grupo, não foi possível integrar 4 alunos que haviam obtido pontuação inferior a 106 (2 deles mudaram de escola e 2 recusaram participar na componente qualitativa do estudo).

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

Para efeitos de análise dos dados recolhidos através da entrevista (dados qualitativos) seguiu-se uma abordagem tipo *grounded theory*<sup>20,21</sup>. Os registos áudio das entrevistas foram transcritos de forma integral. Foi feita uma análise temática do conteúdo, com categorização através do método de codificação aberta linha-a-linha de Charmaz<sup>22</sup>. Após esta codificação aberta realizou-se a codificação axial, com recurso ao software MaxQDA, por análise da relação entre categorias<sup>23</sup> e, por último, codificação seletiva procurando identificar uma categoria central da teoria, integrando todos os dados do processo, até atingir a saturação teórica dos dados.

## Resultados

A EHA foi administrada a 358 alunos (46,9% rapazes) do ensino secundário (10.<sup>o</sup>-12.<sup>o</sup> anos de escolaridade), com idades entre os 14 e os 18 anos de idade (média = 15,78  $\pm$  1,05). A distribuição por idades, nível socioeconómico e sexo dos alunos participantes em cada uma das fases do estudo apresentam-se nas tabelas 1 e 2.

As pontuações totais de EHA, resultantes da soma de todos os itens, variaram entre 86-172, com uma média de 137,4

**Tabela 1 – Caracterização da amostra – componente quantitativa do estudo**

|                                      | Rapazes<br>(n = 168) | Raparigas<br>(n = 190) | Total<br>(n = 358) |
|--------------------------------------|----------------------|------------------------|--------------------|
| <i>Idade</i>                         |                      |                        |                    |
| 14 anos (%)                          | 8,33                 | 9,47                   | 8,9                |
| 15 anos (%)                          | 33,9                 | 35,8                   | 34,9               |
| 16 anos (%)                          | 33,3                 | 28,95                  | 31                 |
| 17 anos (%)                          | 17,86                | 20,5                   | 19,3               |
| 18 anos (%)                          | 6,55                 | 5,26                   | 5,9                |
| Média                                | 15,8                 | 15,76                  | 15,78              |
| Mediana                              | 16                   | 16                     | 16                 |
| Desvio-padrão                        | 1,046                | 1,055                  | 1,050              |
| <i>Nível socioeconómico dos pais</i> |                      |                        |                    |
| Sem subsídio (%)                     | 85,7                 | 87,9                   | 86,9               |
| Escalão C (%)                        | 7,14                 | 7,9                    | 7,5                |
| Escalão B (%)                        | 5,95                 | 3,68                   | 4,7                |
| Escalão A (%)                        | 1,19                 | 0,53                   | 0,8                |

**Tabela 2 – Caracterização da amostra – componente qualitativa do estudo**

|                                      | Grupo A<br>(n = 11) | Grupo B<br>(n = 17) | Total<br>(n = 28) |
|--------------------------------------|---------------------|---------------------|-------------------|
| <i>Idade</i>                         |                     |                     |                   |
| 14 anos (%)                          | 18,18               | 23,5                | 21,4              |
| 15 anos (%)                          | 27,27               | 29,4                | 28,6              |
| 16 anos (%)                          | 36,36               | 29,4                | 32,1              |
| 17 anos (%)                          | 0                   | 17,6                | 10,7              |
| 18 anos (%)                          | 18,18               | 0                   | 7,14              |
| Média                                | 15,72               | 15,4                | 15,54             |
| Mediana                              | 16                  | 15                  | 15,5              |
| Desvio-padrão                        | 1,35                | 1,064               | 1,17              |
| <i>Sexo</i>                          |                     |                     |                   |
| Raparigas (%)                        | 72,7                | 41,2                | 53,6              |
| Rapazes (%)                          | 27,3                | 58,8                | 46,4              |
| <i>Nível socioeconómico dos pais</i> |                     |                     |                   |
| Sem subsídio (%)                     | 100                 | 88,2                | 92,8              |
| Escalão C (%)                        | 0                   | 11,8                | 11,8              |
| Escalão B (%)                        | 0                   | 0                   | 0                 |
| Escalão A (%)                        | 0                   | 0                   | 0                 |

Grupo A: grupo de adolescentes com hábitos alimentares mais saudáveis, de acordo com a pontuação global da EHA ( $\geq 150$ ).

Grupo B: grupo de adolescentes com hábitos alimentares menos saudáveis, de acordo com a pontuação global da EHA ( $\leq 125$ ).

(desvio-padrão = 13,85). Em termos médios, obtiveram-se os valores apresentados na [tabela 3](#).

Por se tratar de uma escala recente e de aplicação ainda diminuta, procedeu-se, como já referido, a uma análise de

fiabilidade interna da mesma. Relativamente à escala completa obteve-se um alfa de 0,81. Para as subdimensões da escala foram encontrados os seguintes alfas: quantidade – 0,52; qualidade – 0,69; variedade – 0,69 e adequação – 0,52, correspondendo a valores que apontam para fraca/razoável consistência para algumas dimensões (com reduzido número de itens), mas uma boa fiabilidade no seu conjunto.

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

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

Não foram encontrados hábitos alimentares significativamente diferentes entre grupo etários ou estratos socioeconómicos. Já relativamente ao sexo, recorrendo-se ao teste t para comparação de médias, verificou-se serem as raparigas a assumir escolhas alimentares mais adequadas (pontuações mais elevadas do EHA;  $p < 0,001$ ).

Nenhum dos adolescentes apresentava obesidade. No grupo A uma aluna apresentava ligeiro excesso de peso (IMC = 25,0). No grupo B uma aluna apresentava excesso de peso (IMC = 27,7) e um aluno apresentava ligeiro excesso de peso (IMC = 24,8)<sup>18</sup>.

#### **Perspetivas dos alunos sobre os hábitos alimentares dos pais**

Da análise dos relatos obtidos através da entrevista, constata-se que o fator com maior relevância nas escolhas dos adolescentes – hábitos do agregado familiar – é comum aos 2 grupos, em detrimento de outros fatores, como tempo disponível e preferências alimentares baseadas no paladar, estes sim, diferindo na prioridade assumida entre os 2 grupos (A e B).

Os adolescentes com hábitos alimentares adequados referem práticas mais saudáveis, partindo do ambiente familiar (ver exemplo de discurso na [tabela 4](#)). Os pais/familiares assumem influência direta e interventiva. Apresenta-se uma família que, tipicamente, aprecia e cultiva uma alimentação adequada, frequentemente com controlo e preocupação pela saúde. De salientar que o «controlo» é referido, pelos adolescentes, como um acompanhamento, mas sem pressão conflituosa. Na perspetiva dos adolescentes, os referidos hábitos enraizam-se ao longo do tempo e as opções dos pais têm

**Tabela 3 – Médias obtidas pela aplicação da EHA – componente quantitativa do estudo**

|            | Amostra n = 358 |               | Grupo A |               | Grupo B |               |
|------------|-----------------|---------------|---------|---------------|---------|---------------|
|            | Média           | Desvio-padrão | Média   | Desvio-padrão | Média   | Desvio-padrão |
| Global     | 3,434           | 0,346         | 4,115   | 0,175         | 2,978   | 0,150         |
| Quantidade | 3,069           | 0,412         | 4,026   | 0,563         | 2,823   | 0,554         |
| Qualidade  | 3,350           | 0,587         | 3,889   | 0,298         | 2,890   | 0,347         |
| Variedade  | 3,772           | 0,527         | 4,522   | 0,235         | 3,125   | 0,395         |
| Adequação  | 3,527           | 0,430         | 4,024   | 0,175         | 3,074   | 0,489         |

**Tabela 4 – Discursos dos adolescentes relativamente à influência parental nas escolhas alimentares (por categorias de análise)**

| Categories                                                                                          | Exemplos (verbatim)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Grupo A</b>                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Disponibilidade alimentar                                                                           | «Como várias frutas que a minha mãe me prepara»<br>«Como muito peixe. . . a minha mãe costuma fazer muito peixe»<br>«Sinto-me bem a não comer (fritos e alimentos ricos em gordura) e então a minha mãe também já sabe isso. . . lá em casa é muito raro»                                                                                                                                                                                                                |
| Controlo e encorajamento                                                                            | «Lá em casa a comida até é bastante saudável. Nós fazemos muito mais cozidos e grelhados do que fritos. . .»<br>«Sempre fui controlada pela minha mãe no que toca à alimentação, nunca me excedi com porcarias e habituei-me assim»<br>«Em casa não como fritos porque eu não gosto muito, a minha mãe não gosta de fritos, não gosta do cheiro. . .»<br>«... sempre fui habituada a ter um regime alimentar mais controlado . . . e não faço sacrifícios, sinto-me bem» |
| Bem-estar                                                                                           | «Sinto-me bem a não comer (fritos e alimentos ricos em gordura) e então a minha mãe também já sabe isso. . . lá em casa é muito raro»<br>«... e não faço sacrifícios, sinto-me bem»                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Preferências dos pais como promotoras das preferências dos filhos                                   | «Em casa não como fritos porque eu não gosto muito, a minha mãe não gosta de fritos, não gosta do cheiro. . .»<br>«... eu gosto. . . por exemplo, eu e a minha mãe gostamos mas por isso tenho que às vezes comprar só especialmente para nós. . .»                                                                                                                                                                                                                      |
| Dificuldade em gerir/compensar a disponibilidade de comida saudável, em função de gostos diferentes | «Gostava de conseguir introduzir mais vegetais. . . eu tento, só que muitas vezes não. . . em minha casa eles não gostam muito. . . eu gosto. . . por exemplo, eu e a minha mãe gostamos mas por isso tenho que às vezes comprar só especialmente para nós porque os meus irmãos não gostam»                                                                                                                                                                             |
| <b>Grupo B</b>                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Prática familiar pouco saudável                                                                     | «A minha mãe faz imensos doces depois da refeição»<br>«Não costumo comer sopa ao jantar porque já comi na escola e o meu pai também não faz. Em casa como menos do que na escola mas mais vezes. Aqui na escola como mais como deve ser»<br>«É quase impossível eu fazer dieta naquela casa. . . a minha mãe faz ovos moles, faz mil e uma coisas. . . ela também é gulosa e faz para ela e está lá»                                                                     |
| Não encorajamento                                                                                   | «De vez em quando ralha comigo mas não me obriga a comer»<br>«Ao jantar como o que a minha mãe faz, mas não como sopa. Carne, massa, arroz, peixe»                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Indisponibilidade em casa                                                                           | «Eu como por gosto. . . estou a refletir pela primeira vez. . . talvez oportunidade. . . porque em casa nunca se faz. Como quando vou ao restaurante. Se quisesse fazer não tinha para o fazer»                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Acomodação                                                                                          | «Se eu acordar às 10 ou 11 h, o meu pai só acorda às 3 da tarde e então sou capaz de comer 3 vezes o pequeno-almoço, seja pão ou cereais. Ao almoço não como nada ou como um pão e só volto a comer ao jantar ou ao lanche. . . não há o hábito de almoçar lá em casa. Almoço logo ao acordar. . . é sempre assim quer ao sábado quer ao domingo»                                                                                                                        |
| Os pais, ou pelo menos um deles, fomentam os hábitos inadequados ou encorajam-nos                   | «Se houver como, se não houver ligo à minha mãe e peço para comprar»<br>«De manhã, o meu pai costuma ir ao padeiro, compra um folhado misto e eu costumo comer. . .»<br>«Aos sábados, se a minha mãe sair, se for a Coimbra, às vezes traz McDonalds se não, como esparguete com bacon»<br>«Se a minha mãe estiver por Coimbra até me pode trazer um hambúrguer para o lanche mas uma vez ou outra. . . chegou a ser uma vez por semana. . .»                            |

repercussões claras nas opções em contexto familiar. É referido o bem-estar que advém da opção por uma alimentação adequada. Os hábitos familiares incorporam a procura de bem-estar por parte dos vários elementos da família.

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

Em contraste, dos relatos dos adolescentes com hábitos alimentares inadequados, verifica-se uma prática familiar, nomeadamente seleção alimentar e modos de confeção, pouco saudáveis. Nestes adolescentes, a influência ativa da família, nas raras vezes em que é mencionada, é mais ténue, menos controladora, não encorajando os hábitos saudáveis.

No discurso dos adolescentes surge com frequência o reconhecimento da alimentação como inadequada, mas sem desenvolvimento de comportamentos de compensação, ao invés do observado em alguns casos do grupo A. Associam-se questões de preferências e modos de confeção, com disponibilidade de produtos alimentares menos salutogénicos, em casa: «Eu como por gosto. . . estou a refletir pela primeira vez. . . talvez oportunidade. . . Como quando vou ao restaurante. Se quisesse fazer não tinha para o fazer». Nesta frase é especialmente evidente o facto das práticas familiares, nomeadamente no que se refere à disponibilidade alimentar, condicionarem a forma como o adolescente se alimenta. Já frases como «se eu acordar às 10 ou 11 h o meu pai só acorda às 3 da tarde e então sou capaz de comer 3 vezes o pequeno-almoço, seja pão ou cereais» ou «so almoço não como nada ou como um pão e só volto a comer ao jantar ou ao lanche. . .» ou ainda «não há o hábito de almoçar lá em casa. Almoço logo ao acordar. . . é sempre assim quer ao sábado quer ao domingo» denotam uma acomodação, sem desenvolvimento de estratégias

remediadoras (verificadas no grupo com hábitos alimentares adequados).

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

A influência por parte da mãe surge mais frequentemente comparativamente com o pai. Esta assimetria é em parte explicável pela execução, por parte da mãe, de tarefas como cozinhar ou adquirir produtos. O pai terá assim uma influência mais pontual nas escolhas alimentares dos adolescentes.

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

## Discussão

Pretendia-se com este estudo uma caracterização da associação entre hábitos alimentares do agregado familiar e as escolhas alimentares dos adolescentes, recorrendo a uma metodologia mista (quantitativa e qualitativa). A abordagem quantitativa visou a caracterização da amostra em estudo quanto aos hábitos alimentares e a seleção de (sub)amostras que permitissem uma abordagem qualitativa rica em informação sobre determinantes das escolhas alimentares.

Foi utilizada a EHA, que revelou uma boa consistência interna (para a escala total), embora com consistência interna mais fraca para algumas das suas subdimensões (explicável também pelo facto de estas dimensões terem poucos itens). De uma forma geral, os valores de consistência interna encontrados estão alinhados com os encontrados por Marques<sup>17</sup>.

A escala EHA apresenta algumas limitações que decorrem do seu processo de validação e uso ainda limitado. Este trabalho reforça a possibilidade de recurso a esta escala para análise dos hábitos alimentares, tendo-se obtido um alfa de Cronbach de 0,81. No entanto, é aconselhável recorrer a estudos mais aprofundados de modo a reforçar a validade externa da escala.

Na amostra estudada os adolescentes apresentaram classificações mais elevadas na dimensão «variedade alimentar» e mais reduzidas na dimensão «quantidade», tal como obtido em outros estudos<sup>17</sup>. As médias obtidas para cada dimensão da escala EHA aproximam-se das já encontradas na amostra estudada por Marques (quantidade: 3,107; qualidade: 3,244; variedade: 3,574; adequação: 3,297), apresentando valores ligeiramente mais baixos para a dimensão relativa à quantidade e ligeiramente mais elevados para as restantes dimensões.

Uma limitação deste estudo tem a ver com o facto de não existirem dados relativos ao IMC da totalidade dos alunos. Apenas foram determinados esses valores relativamente aos alunos selecionados para abordagem qualitativa, por condicionantes relativas à logística e horários das diversas turmas.

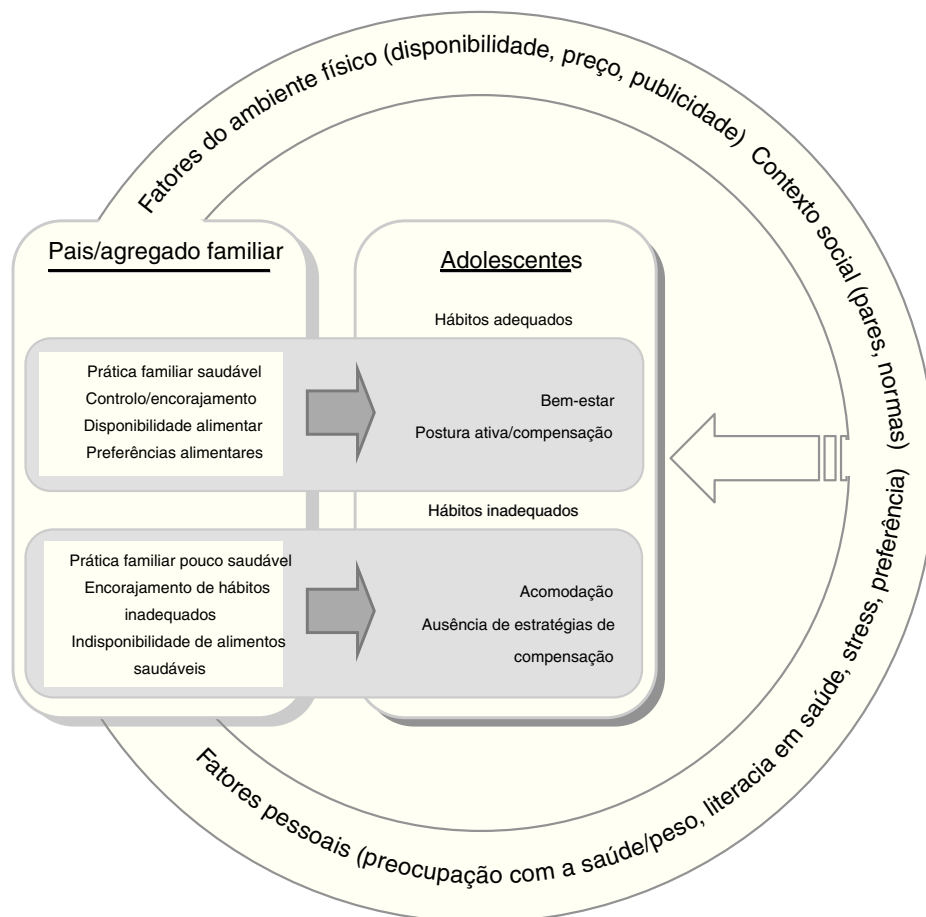
Seria igualmente pertinente complementar o estudo com outras fontes de dados relativos às práticas parentais e estilo parental, para além das decorrentes dos relatos dos adolescentes. Da mesma forma, o facto de a análise decorrer sobre uma amostra de conveniência limita a sua representatividade.

Da análise dos relatos dos adolescentes, apesar dos mesmos não visarem descrição exaustiva, constata-se alguma identidade entre os alimentos e hábitos alimentares que os adolescentes verbalizaram e o registado *a priori* aquando do preenchimento da EHA.

Os dados recolhidos neste estudo confirmam o papel das práticas e hábitos familiares enquanto formatadores de escolhas alimentares entre adolescentes. A [figura 1](#) apresenta, de forma esquemática, o modo como estas práticas e hábitos alimentares do agregado familiar se relacionam com as escolhas alimentares atuais dos adolescentes. Como se pode observar, na opinião dos adolescentes, o padrão alimentar dos pais está diretamente associado aos recursos alimentares disponibilizados em casa. Tal, é concordante com outros estudos, que mostraram que a modelagem parental, o ambiente familiar e controlo da disponibilidade por parte dos pais estão associados aos hábitos alimentares adotados pelos adolescentes<sup>6,15,16</sup>. A perceção de bem-estar por parte dos alunos com hábitos alimentares adequados surge também associada às opções alimentares implementadas em contexto familiar.

Os relatos que apontam para o encorajamento, por parte dos pais, do consumo de *fastfood*, predominantes no grupo de adolescentes com hábitos inadequados (classificações mais baixas da escala EHA), parecem ir de encontro ao defendido por alguns autores, como Boutelle, quanto à influência da aquisição de *fastfood* para consumo no seio familiar. Nesta perspetiva, a família parece assumir um papel negativo, contribuindo para a seleção desse tipo de alimentos<sup>15</sup>.

Existem estudos de associação entre o padrão alimentar dos pais e as escolhas e preferências alimentares dos filhos, inferindo a influência parental sobre os comportamentos alimentares, mas, na sua maioria, incidiram sobre amostras constituídas por crianças até aos 13-14 anos de idade. Poucos são os estudos que incluíram adolescentes até aos 18 anos<sup>6,24</sup>. Um estudo de 2013 analisou a associação entre hábitos alimentares e o ambiente familiar em termos de frequência das refeições em família e controlo parental, numa amostra de adolescentes gregos. Foi registada uma associação entre controlo parental e escolhas saudáveis por parte dos filhos<sup>13</sup>. Também na nossa amostra o papel regulador dos pais assume especial relevância para os hábitos dos filhos. Os estudos realizados nos últimos anos têm investido na caracterização de hábitos e práticas alimentares parentais e sua associação com hábitos alimentares dos filhos. Não foram encontrados estudos que relacionem a prática parental percebida pelos adolescentes e as escolhas assumidas por estes. Num estudo de Stevenson, com recolha de dados através de *focus-group*, com adolescentes dos 12 aos 15 anos, apresentando hábitos alimentares saudáveis, verificou-se associação entre a prática de desporto e de atividades culinárias e a autoperceção relacionada com a alimentação, isto é, a crença de que os hábitos saudáveis acarretam mais-valias, assim como a correta avaliação em «bom» e «mau» pode ser determinante para os comportamentos adotados<sup>25</sup>. Segundo os autores desse



**Figura 1 – Atitudes dos adolescentes relativamente à escolha alimentar e forma como esta é influenciada pelas práticas e hábitos dos agregados familiares.**

estudo, participar ativamente, nomeadamente na confeção dos alimentos, será um mediador do consumo de maior variedade de alimentos. Esta postura ativa surge na presente investigação, nesta mesma perspetiva, uma vez que os adolescentes que assumem este tipo de postura mais ativa, nomeadamente participando na aquisição de produtos para consumo em casa, apresentam maior capacidade para efetuar escolhas saudáveis.

No presente estudo, a associação entre padrão alimentar dos pais e escolhas dos filhos adolescentes foi investigada recorrendo aos relatos dos filhos. Deste modo, sobressaem os fatores relevantes característicos do agregado familiar, quando percebidos pelos adolescentes.

As escolhas alimentares podem estar em associação com fatores culturais e étnicos<sup>26</sup>. No estudo que se apresenta tal não foi considerado uma vez que todos os participantes são provenientes de um mesmo ambiente cultural, sendo oriundos de Portugal, concretamente Beira Litoral.

## Conclusões

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

Com este estudo, verificou-se que a influência dos pais é relevante, independentemente de se tratar de adolescentes com hábitos manifestamente adequados ou manifestamente inadequados.

Um dos fatores que pode influenciar as escolhas alimentares dos adolescentes está relacionado com os hábitos familiares relacionados com a alimentação. O padrão alimentar praticado em casa é determinante para a adoção e manutenção de comportamentos alimentares por parte dos adolescentes em geral. Este fator, ao contrário do que poderá acontecer com outros, assume relevância especial quer entre os adolescentes que efetuam escolhas adequadas quer sobre os que efetuam escolhas inadequadas. Pais que adquirem alimentos saudáveis, tornando-os disponíveis em contexto familiar, que consomem esses mesmos alimentos de uma forma regular, com preocupação com o bem-estar dos vários elementos da família, contribuem para o enraizar de hábitos alimentares saudáveis por parte dos filhos. Estes tendem a tomar decisões semelhantes fora de casa, pelo que a influência se estende para além do contexto familiar. Os jovens falam em hábitos iniciados pelos hábitos alimentares praticados em família e que se perpetuam para além desse contexto, o que é patente na referência frequente a frases com termos como «hábito» e «comecei a gostar».



Tendo em conta que os hábitos alimentares partem em grande parte do contexto familiar, existe uma tendência para estes se perpetuarem ao longo das gerações. Assim sendo, e tendo em conta os resultados do presente estudo, é importante que as intervenções na área da educação para a saúde tenham em conta o contexto familiar. Qualquer medida que contemple este contexto, nomeadamente através de atividades que incluam os pais/família com quem vive o adolescente, serão sempre mais adequadas. Confirma-se a importância de intervir junto dos pais, nomeadamente no sentido de os encorajar a disponibilizar, em casa, alimentos variados, nomeadamente frutas e vegetais, e a diminuir a disponibilidade de outros alimentos menos saudáveis<sup>27,28</sup>.

É aconselhável efetuar estudos recorrendo a amostras mais alargadas e em contextos culturais diversificados para uma compreensão mais fundamentada do fenómeno. Estes esforços de investigação serão especialmente heurísticos se incluírem a caracterização do nível educacional dos pais, das suas perceções e atitudes relativamente à alimentação e o nível de literacia em saúde, fundamental para uma compreensão mais ampla da influência do contexto familiar.

### Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

### BIBLIOGRAFIA

- Croll JK, Neumark-Sztainer DS, Story M. Healthy eating: What does it mean to adolescents? *J Nutr Educ*. 2001;33:193-8.
- Larson N, Story M. A review of environmental influences on food choices. *Ann Behav Med*. 2009;38 Supplement 1:S56-73.
- Story M, Neumark-Sztainer D, French S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *J Am Diet Assoc*. 2002;102 3 Supplement:S40-51.
- Kral T, Rauh E. Eating behaviors of children in the context of their family environment. *Physiol Behav*. 2010;100:567-73.
- Bauer KW, Berge JM, Neumark-Sztainer D. The importance of families to adolescents' physical activity and dietary importance. *Adolesc Med State Art Rev*. 2011;22:601-13, xiii.
- Roos E, Lehto R, Ray C. Parental family food choice motives and children's food intake. *Food Qual Prefer*. 2012;24:85-91.
- Hanson N, Neumark-Sztainer D, Eisenberg ME, Story M, Wall M. Associations between parental report of the home food environment and adolescent intakes of fruits, vegetables and dairy foods. *Public Health Nutr*. 2005;8:77-85.
- Scaglioni S, Arrizza C, Vecchi F, Tedeschi S. Determinants of children's eating behavior. *Am J Clin Nutr*. 2011;94 6 Suppl:2006S-11S.
- Berge J, Wall M, Bauer K, Neumark-Sztainer D. Parenting characteristics in the home environment and adolescent overweight: A latent class analysis. *Obesity*. 2010;18:818-25.
- Berge J, Wall M, Larson N, Lot K, Neumark-Sztainer D. Family functioning: Associations with weight status, eating behaviors and physical activity in adolescents. *J Adolesc Health*. 2013;52:351-7.
- Arcan C, Neumark-Sztainer D, Hannan P, van den Berg P, Story M, Larson N. Parental eating behaviors, home food environment and adolescent intakes of fruits, vegetables and dairy foods: Longitudinal findings from Project EAT. *Public Health Nutr*. 2007;10:1257-65.
- Shepherd R, Dennison C. Influences on adolescent food choice. *Proc Nutr Soc*. 1996;55:345-57.
- Bargiota A, Pelekanou M, Tsitouras A, Koukoulis G. Eating habits and factors affecting food choice of adolescents living in rural areas. *Hormones*. 2013;12:246-53.
- Bouwman L, Molder H, Koelen MM, van Woerkum CM. I eat healthfully but I am not a freak: Consumer's everyday life perspective on healthful eating. *Appetite*. 2009;53:390-8.
- Boutelle KN, Fulkerson J, Neumark-Sztainer D, Story M, French S. Fast food for family meals: Relationships with parent and adolescent food intake, home food availability and weight status. *Public Health Nutr*. 2007;10:16-23.
- Ding D, Sallis J, Norman G, Saelens B, Harris SK, Kerr J, et al. Community food environment, home food environment, and fruit and vegetable intake of children and adolescents. *J Nutr Educ Behav*. 2012;44:634-8.
- Marques A, Luzio F, Martins J, Vaquinhas M. Hábitos alimentares: validação de uma escala para a população portuguesa. *Esc Anna Nery*. 2011;15:402-9.
- US Center for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. About BMI for children and teens. [Internet]. Atlanta, GA: CDC. NCHS; 2000. [citado Abr 2013]. Disponível em: [http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens\\_bmi/about\\_childrens\\_bmi](http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/childrens_bmi/about_childrens_bmi)
- Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. New York, NY: Aldine de Gruyter; 1967.
- Pais-Ribeiro JL. Metodologia de investigação em psicologia e saúde. Porto: Legis Editora; 2003.
- Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. Thousand Oaks, CA: Sage; 1998.
- Charmaz K. Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis. London: Sage Publications; 2006.
- Bianchi E, Ikeda A. Usos e aplicações da grounded theory em administração. *Rev Eletr Gest Org*. 2008;6:231-48.
- Zuercher J, Wagstaff D, Kranz S. Associations of food group and nutrient intake, diet quality, and meal sizes between adults and children in the same household: A cross-sectional analysis of U.S. households. *Nutr J*. 2011;10:131.
- Stevenson C, Doherty G, Barnett J, Muldoon O, Trewa K. Adolescents' views of food and eating: Identifying barriers to healthy eating. *J Adolesc*. 2007;30:417-34.
- Contento I. Nutrition education: Linking research, theory and practice. 2nd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2011.
- Larson N, Laska MN, Story M, Neumark-Sztainer D. Predictors of fruit and vegetable intake in young adulthood. *J Acad Nutr Diet*. 2012;112:1216-22.
- Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Frazier AL, Rockett HR, Camargo CA, Field AE, et al. Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Arch Fam Med*. 2000;9:235-40.