



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

**Fatores comportamentais determinantes no  
consumo de fruta nos adolescentes  
e  
Características das campanhas publicitárias para  
um possível aumento de consumo**

**Joana Rita Silvestre Godinho**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Gestão de Unidades de Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Helena Maria Batista Alves

Covilhã, maio de 2014



*"When the average child is now spending nearly eight hours a day in front of some kind of screen, many of their opinions and preferences are being shaped by the marketing campaigns you all create. And that's where the problem comes in..."<sup>1</sup>*

Michelle Obama (19-09-2013)

---

<sup>1</sup> Disponível em <http://www.letsmove.gov/blog/2013/09/19/first-lady-michelle-obama-encourages-collaborative-food-marketing-effort-empower-par>.



*Aos meus pais, Francisco e Estrela,  
por estarem ao meu lado em todos  
os momentos da minha vida.*



# Agradecimentos

Mais uma etapa da vida de estudante que está prestes a ser finalizada, mas antes de mais, gostaria de agradecer a algumas pessoas muito especiais:

Aos meus pais, por me terem constantemente incentivado para a realização do mestrado. Sem o seu apoio incondicional, este trabalho não teria sido realizado, sendo sem dúvida as pessoas mais importantes da minha vida.

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Helena Alves, pela orientação, apoio, dedicação, consideração, amizade e pelas inúmeras horas que disponibilizou para a concretização deste trabalho.

À Doutora Cristina Godinho, pela amabilidade, disponibilidade e colaboração.

À minha amiga, muito especial, Vera Bernardo pelo incentivo, apoio e, sobretudo, pela amizade pura que felizmente ainda existe em algumas pessoas.

Ao Nicolau Gonçalves por ser o meu grande amigo de sempre e que, mesmo longe, está sempre perto para ajudar.

Ao Dr. Carlos Duarte pelo apoio e carinho especial.

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Carla Pereira por ter tido sempre uma palavra amiga para incentivar.

À Direção da Escola Secundária com 3º Ciclo do Fundão, pela disponibilidade e colaboração, destacando a Prof.<sup>a</sup> Emília Jorge e a Prof.<sup>a</sup> Joaquina Fernandes pelo incondicional apoio e amizade.

À Direção da Escola Secundária da Quinta das Palmeiras, na Covilhã, e ao Agrupamento de Escolas Ribeiro Sanches, em Penamacor, pelo profissionalismo e disponibilidade.

À Direção do Clube de Basquetebol do Fundão, em especial ao Sr. Carlos Coimbra, pela simpatia e disponibilidade.

A todos os pais e alunos que participaram neste estudo e que sem os quais não teria sido possível a sua concretização.

A todos, os meus mais sinceros agradecimentos.



# Resumo

Atualmente, a obesidade atinge valores incomensuráveis, principalmente entre as faixas etárias mais jovens. A investigação sobre esta efemeridade tem sido, nos últimos anos, alvo de grande interesse. Todavia, a doença continua a ter uma ascensão avassaladora faltando métodos eficazes de prevenção.

O *marketing* social é um campo de investigação multidisciplinar de grande interesse, que tem vindo a ser mais estudado nas últimas décadas. A sua utilização é cada vez mais requerida pela área da saúde apresentando-se, por isso, como uma estratégia interessante no combate da obesidade. Aprofundar estudos que conciliem um melhor conhecimento do comportamento alimentar com o *marketing* social pode resultar numa gestão mais eficaz dos custos no sector da saúde.

Este estudo procura analisar quais os fatores comportamentais que são determinantes para o consumo de fruta por parte dos adolescentes, e quais as características que as campanhas publicitárias devem possuir, para um possível aumento do consumo deste alimento. Para atingir estes objetivos procedeu-se à análise do comportamento dos jovens perante o consumo da fruta recorrendo, para tal, ao modelo HAPA, e à análise multigrupo a fim de determinar diferenças existentes entre jovens de diferentes géneros, idades, meio onde viviam (rural/urbano), assim como, a sua preferência perante diferentes campanhas publicitárias. Foram também analisadas as estratégias e as barreiras que devem ser tidas em consideração para melhorar a alimentação dos adolescentes. A amostra estudada é constituída por 266 adolescentes.

As conclusões obtidas através deste estudo mostram que o modelo proposto consegue explicar 46,6% da variância do consumo de fruta nos adolescentes. Os resultados indicam ainda, que no âmbito do comportamento analisado, o modelo proposto deve ser enriquecido com mais variáveis ou fatores que possibilitem um melhor conhecimento deste comportamento. O estudo realça também, algumas características que as campanhas publicitárias com o intuito de incentivar o aumento do consumo de fruta devem possuir, de forma a conseguirem uma maior eficiência e adesão por parte dos adolescentes.

A sociedade, numa esfera global, e em especial, o governo, a escola e demais instituições devem estar cientes da importância da implementação de estratégias destinadas ao combate da obesidade, em particular na utilização do *marketing* social, visto tratar-se de uma ferramenta fulcral e de grande utilidade, ao permitir uma possível eficácia a longo-prazo.

## Palavras-chave

Marketing social, HAPA, adolescentes, fruta, obesidade.



# Abstract

Obesity currently reaches incommensurable values, especially among the younger age groups. In recent years research on this issue has been subject of great interest. However, the disease continues to overwhelmingly raise due to the lack of effective prevention methods.

Social Marketing is a multidisciplinary research field of great interest which has been more studied in recent decades. Its use is more and more required by the health sector, being this way an interesting strategy to fight obesity. Further studies that combine a better knowledge regarding dietary behaviour and social marketing may result in a more effective cost management in the health sector.

This study aims to investigate the behavioural factors which are crucial for adolescents' fruit consumption and also identify which features advertising campaigns should have in order to prompt a possible increase in fruit consumption among adolescents.

To achieve these goals, adolescents' behaviour vis-à-vis fruit consumption was analysed using the HAPA model as well as the multigroup analysis, which allowed identifying the differences between young people of different genders, age, and areas of residence (rural/urban) and determining their preferences regarding different advertising campaigns. Strategies and barriers that must be taken into account to improve adolescents' nutrition were also analyzed. The study sample consists of 266 adolescents.

The conclusions of this study show that the proposed model can explain 46,6% of the variance of fruit consumption among adolescents. The results also show that, in the scope of the analysed behaviour, the proposed model must be enriched with more variables or factors that allow a better understanding of that behaviour. The study also highlights some of the characteristics that advertising campaigns must have in order to encourage fruit consumption, achieve more efficiency and adolescents' adherence.

The society, in a global sphere, the Government, the school and other institutions, in particular, should be aware of the importance of the implementation of strategies designed to fight obesity, particularly in terms of the use of social marketing, as it is a crucial and very useful tool by allowing a possible long-term effectiveness.

## Keywords

Social marketing, HAPA, adolescents, fruit, obesity.



# Índice

Dedicatória.....	v
Agradecimentos .....	vii
Resumo .....	ix
Abstract.....	xi
Lista de Figuras.....	xv
Lista de Tabelas.....	xvii
Lista de Gráficos .....	xix
Lista de Anexos.....	xxi
Lista de Acrónimos.....	xxiii
Capítulo I - Introdução .....	1
1.1. Enquadramento do problema .....	1
1.2. Estrutura do trabalho.....	3
Capítulo II - Revisão da literatura.....	5
2.1. Obesidade .....	5
2.2. Promoção de hábitos alimentares saudáveis .....	9
2.3. <i>Marketing</i> social.....	11
2.4. Teorias do comportamento em saúde .....	19
2.4.1. <i>Health Action Process Approach</i> (HAPA).....	21
2.5. Fatores influenciadores no consumo de fruta.....	24
2.6. Hipóteses de investigação e modelo de análise .....	31
Capítulo III - Enquadramento metodológico.....	37
3.1. Desenho da investigação.....	37
3.2. Questões de investigação .....	37
3.3. Objetivos da investigação .....	38
3.4. Tipo de estudo.....	38
3.5. População e amostra do estudo .....	39
3.6. Instrumentos e procedimento de recolha de dados.....	40
3.6.1. <i>Focus group</i> .....	40
3.6.2. Inquérito por questionário .....	41
3.7. Tratamento de dados.....	44
Capítulo IV - Apresentação e discussão dos resultados .....	47

4.1. Caracterização do perfil da amostra .....	47
4.2. Caracterização das variáveis .....	48
4.3. Caracterização das campanhas publicitárias .....	58
4.4. Análise do modelo proposto .....	62
4.4.1. Modelo de medição .....	62
4.4.1.1. Indicadores refletivos.....	63
4.4.1.2. Indicadores formativos .....	64
4.4.2. Modelo estrutural .....	66
4.5. Análise multigrupos .....	73
4.5.1. Género .....	74
4.5.2. Idade .....	76
4.5.3. Campanhas publicitárias.....	77
4.5.4. Meio rural e urbano .....	79
Capítulo V - Conclusões e reflexões finais.....	83
5.1. Conclusões.....	83
5.2. Implicações teóricas .....	86
5.3. Implicações práticas .....	86
5.4. Limitações do estudo e futuras linhas de investigação.....	88
Referências bibliográficas .....	91
Anexos .....	111

# Lista de Figuras

Figura 2.1 - Modelo de análise da investigação.....	35
Figura 4.1 - Resumo da avaliação do modelo proposto .....	69



## Lista de Tabelas

<b>Tabela 3.1</b> - Amostra necessária para o estudo.....	40
<b>Tabela 3.2</b> - Escalas validadas utilizadas no inquérito por questionário aplicado aos adolescentes da Escola Secundária Quinta das Palmeiras e do Agrupamento de Escolas Ribeiro Sanches .....	42
<b>Tabela 3.3</b> - Síntese dos objetivos do inquérito por questionário e dos <i>focus groups</i> aplicados aos adolescentes do estudo .....	44
<b>Tabela 4.1</b> - Distribuição da média, moda e desvio padrão na questão referente à perceção de risco no inquérito por questionário.....	49
<b>Tabela 4.2</b> - Distribuição do consumo de fruta por refeição .....	50
<b>Tabela 4.3</b> - Distribuição da média, moda e desvio padrão na questão referente à expectativa de resultado no inquérito por questionário.....	51
<b>Tabela 4.4</b> - Distribuição da média, moda e desvio padrão na questão referente ao planeamento de ação no inquérito por questionário .....	51
<b>Tabela 4.5</b> - Distribuição da média, moda e desvio padrão na questão referente às barreiras no inquérito por questionário.....	52
<b>Tabela 4.6</b> - Distribuição da média, moda e desvio padrão na questão referente às estratégias no inquérito por questionário .....	53
<b>Tabela 4.7</b> - Distribuição da média, moda e desvio padrão na questão referente ao suporte social no inquérito por questionário .....	54
<b>Tabela 4.8</b> - Distribuição da média, moda e desvio padrão na questão referente à auto-eficácia de ação no inquérito por questionário .....	55
<b>Tabela 4.9</b> - Distribuição da média, moda e desvio padrão na questão referente à auto-eficácia de manutenção no inquérito por questionário .....	56
<b>Tabela 4.10</b> - Distribuição da média, moda e desvio padrão na questão referente à intenção no inquérito por questionário .....	56
<b>Tabela 4.11</b> - Caracterização do tipo de alimento/bebida ingerido(a) no intervalo das refeições.....	57
<b>Tabela 4.12</b> - Distribuição da média, moda e desvio padrão na questão referente ao produto anunciado em cada campanha no inquérito por questionário.....	59
<b>Tabela 4.13</b> - Distribuição da média, moda e desvio padrão na questão referente à classificação de cada campanha no inquérito por questionário .....	59
<b>Tabela 4.14</b> - Aspetos focados relativamente à campanha da Compal® Essencial .....	60

<b>Tabela 4.15</b> - Aspectos focados relativamente à campanha do Kinder Bueno® .....	61
<b>Tabela 4.16</b> - Definição do tipo de indicadores dos constructos do modelo proposto.....	62
<b>Tabela 4.17</b> - <i>Loadings</i> dos indicadores refletivos .....	63
<b>Tabela 4.18</b> - Consistência interna e fiabilidade composta dos constructos com indicadores refletivos .....	64
<b>Tabela 4.19</b> - Validez discriminante (AVE) dos constructos com indicadores refletivos ....	64
<b>Tabela 4.20</b> - Correlações entre os constructos com indicadores refletivos e raiz quadrada da AVE .....	64
<b>Tabela 4.21</b> - Pesos, VIF e níveis de significância dos indicadores formativos.....	65
<b>Tabela 4.22</b> - Efeitos nas variáveis endógenas.....	67
<b>Tabela 4.23</b> - Resultados do modelo estrutural .....	68
<b>Tabela 4.24</b> - Resultados das diferenças existentes entre os modelos referentes aos diferentes géneros da amostra .....	75
<b>Tabela 4.25</b> - Resultados das diferenças existentes entre os modelos referentes às diferentes idades da amostra.....	76
<b>Tabela 4.26</b> - Resultados das diferenças existentes entre os modelos referentes à preferência das diferentes campanhas por parte dos jovens .....	78
<b>Tabela 4.27</b> - Resultados das diferenças existentes entre os modelos referentes aos locais onde os jovens estudam .....	79

## Lista de Gráficos

Gráfico 4.1 - Distribuição da idade dos adolescentes no estudo..... 48

Gráfico 4.2 - Frequência de consumo de fruta relativamente às últimas duas semanas ... 49



# Lista de Anexos

<b>Anexo 1</b> - Guião de perguntas do <i>focus group</i> .....	113
<b>Anexo 2</b> - Pedido de autorização à Direcção-Geral de Educação para aplicação dos instrumentos de recolha de dados .....	115
<b>Anexo 3</b> - Transcrição do <i>focus group</i> realizado à equipa feminina do Clube de Basquetebol do Fundão a 12 de novembro de 2013 .....	116
<b>Anexo 4</b> - Transcrição do <i>focus group</i> realizado a 9 alunos do Ensino Profissional da Escola Secundária com 3º Ciclo do Fundão a 13 de dezembro de 2013 .....	122
<b>Anexo 5</b> - Transcrição do <i>focus group</i> realizado a 9 alunos do Ensino Regular da Escola Secundária com 3º Ciclo do Fundão a 13 de dezembro de 2013.....	126
<b>Anexo 6</b> - Análise do conteúdo dos <i>focus groups</i> realizados.....	131
<b>Tabela A6.1</b> - Análise da perceção de risco e das expectativas de resultado dos <i>focus groups</i> realizados .....	131
<b>Tabela A6.2</b> - Análise do suporte social dos <i>focus groups</i> realizados .....	132
<b>Tabela A6.3</b> - Análise do suporte social dos <i>focus groups</i> realizados (cont.).....	133
<b>Tabela A6.4</b> - Análise do planeamento de <i>coping</i> , auto-eficácia de manutenção e ação dos <i>focus groups</i> realizados .....	134
<b>Tabela A6.5</b> - Análise das campanhas publicitárias dos <i>focus groups</i> realizados .....	135
<b>Tabela A6.6</b> - Análise das campanhas publicitárias dos <i>focus groups</i> realizados (cont.)	136
<b>Tabela A6.7</b> - Análise do consumo dos <i>focus groups</i> realizados. ....	137
<b>Anexo 7</b> - Inquérito por questionário .....	138
<b>Anexo 8</b> - Modelos estruturais referentes ao género feminino e masculino .....	144
<b>Figura A8.1</b> - Modelo estrutural referente ao género feminino.....	144
<b>Figura A8.2</b> - Modelo estrutural referente ao género masculino .....	144
<b>Anexo 9</b> - Modelos estruturais referentes aos adolescentes mais novos e mais velhos ....	145
<b>Figura A9.1</b> - Modelo estrutural referente aos adolescentes mais novos .....	145
<b>Figura A9.2</b> - Modelo estrutural referente aos adolescentes mais velhos.....	145
<b>Anexo 10</b> - Modelos estruturais referentes à preferência pelas diferentes campanhas ...	146
<b>Figura A10.1</b> - Modelo estrutural referente à preferência pela campanha A .....	146
<b>Figura A10.2</b> - Modelo estrutural referente à preferência pela campanha B .....	146
<b>Anexo 11</b> - Modelos estruturais referentes ao meio rural e urbano.....	147

<b>Figura A11.1 - Modelo estrutural referente ao meio rural .....</b>	<b>147</b>
<b>Figura A11.2 - Modelo estrutural referente ao meio urbano.....</b>	<b>147</b>

## Lista de Acrónimos

AVE	Average Variance Extracted.
EPODE	Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants.
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations.
HAPA	Health Action Process Approach.
HBM	Health Belief Model.
MIME	Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar.
PPCO	Programa da Plataforma Contra a Obesidade.
SCT	Social Cognitive Theory.
TPB	Theory of Planned Behavior.
TTM	Transtheoretical Model.
VIF	Variance Inflation Factor.
WHO	World Health Organization.



# Capítulo I - Introdução

---

## 1.1. Enquadramento do problema

A World Health Organization (WHO) considerou a obesidade como um dos dez principais fatores de risco para a saúde e a prevenção desta epidemia, um desafio prioritário da saúde pública no século XXI (WHO, 1997, *apud* Fonseca, 2008).

Neste contexto, segundo Rito, Paixão, Carvalho e Ramos (2012) “a obesidade infantil apresenta-se como um dos mais sérios problemas de saúde pública, quer no espaço Europeu, quer no resto do mundo” (7), estimando-se que, em todo o mundo, cerca de 155 milhões de crianças em idade escolar apresentam pré-obesidade e obesidade (WHO, 2009, *apud* Rito *et al.*, 2012). De acordo com os dados, 30 a 45 milhões de crianças e adolescentes, entre os 5 e os 17 anos são obesas, o que corresponde a 3% da população mundial nesta faixa etária. Também Garcia-Marco, Vicente-Rodríguez, Borys, LeBodo, Pettigrew e Moreno (2011) reconhecem que a prevalência da obesidade e das comorbilidades adjacentes, sobretudo, entre as faixas etárias mais novas, têm vindo a aumentar drasticamente nas últimas décadas. Por este motivo, torna-se pertinente elaborar planos e estratégias de prevenção na intervenção precoce que possibilitem a redução dos índices verificados atualmente. Para os autores, a nutrição e a atividade física são muito importantes no combate da obesidade, pois possibilitam o crescimento, o desenvolvimento saudável e a melhoria contínua do bem-estar emocional nas crianças e jovens. Os autores reforçam que a obesidade, uma vez estabelecida, torna-se muito difícil de tratar, daí a necessidade da prevenção.

Portugal é o segundo país na Europa com maior prevalência de obesidade e excesso de peso em crianças que, de acordo com Albuquerque, Nóbrega, Samouda e Manco (2012), poderá vir aumentar nas próximas décadas. No estudo conduzido por Padez, Fernandes, Mourão, Moreira e Rosado (2004) constatou-se que 31,5% das crianças com idades compreendidas entre os 7 e 9 anos tinham excesso de peso, sendo que destas 11,3% apresentam sinais acentuados de obesidade.

Tendo em consideração que em Portugal, a obesidade e o excesso de peso têm aumentado gradualmente, apesar da existência de diversos estudos conduzidos em diferentes regiões do país, não existe ainda nenhum estudo representativo a nível nacional para crianças e adolescentes, tal como é referido por Rito *et al.* (2012). Ferreira (2010) desenvolveu um dos últimos estudos, entre 2005 e 2010, relativamente à prevalência do excesso de peso em toda a faixa infanto-juvenil (10-18 anos) em Portugal, com uma amostra de 5708 adolescentes, tendo concluindo que: “a prevalência de excesso de peso dos adolescentes em Portugal é de 30,4%, sendo que 22,6% apresentam pré-obesidade e 7,8% obesidade” (143). Torna-se importante ressaltar que os valores de prevalência de obesidade infantil, no estudo, são superiores aos determinados para a maioria dos países europeus, em que a prevalência de pré-obesidade/obesidade ronda os 20% (Koletzko, Guéronnière, Toschke e Von Kries, 2004).

Neste estudo, obtiveram-se indicadores de excesso de peso superiores nos rapazes em relação às raparigas, 31,7% e 29,3% respetivamente. Estes valores encontram-se dentro dos indicadores percentuais verificados noutros países europeus, nos quais os rapazes apresentam indicadores mais elevados que as raparigas (WHO, 2004).

Segundo Ferreira (2010), a obesidade infanto-juvenil tem evoluído nos últimos anos de forma negativa, alcançando valores de prevalência de excesso de peso, superiores aos encontrados até à data. Estes aspetos podem, segundo o autor, ser explicados por diversos fatores tais como maus hábitos alimentares, ausência de atividade física, a componente genética, fatores psicológicos, ambientais e socioeconómicos. Num outro estudo desenvolvido em Portugal, em 2010, por Sardinha, Santos, Vale, Silva, Ferreira, Raimundo, Moreira, Baptista e Mota (2011) que englobou um total 22048 crianças entre os 10 e os 18 anos, revelou que a prevalência de pré-obesidade e obesidade foi respetivamente de 17% e 4,6% nas raparigas e 17,7% e 5,8% nos rapazes.

De acordo com Fonseca (2008), a obesidade nos adolescentes constitui um modelo de elevada importância de estudo, visto tratar-se de uma doença crónica com um grande impacto na imagem corporal desta faixa etária. O autor refere também que a obesidade habitualmente surge na puberdade, como consequências poderão advir comorbilidades mais significativas que, apesar de ocorrerem com maior frequência nos adultos, apresentam uma grande relevância nesta idade.

Segundo Ribeiro (2010), devido ao aumento crescente de despesas e a necessidade emergente em reduzir os custos na saúde, torna-se cada vez mais importante avaliar o peso económico da obesidade, na sociedade portuguesa. No primeiro estudo, relativo aos custos diretos<sup>2</sup> com o excesso de peso e obesidade, estes ascendiam os 230 milhões de euros, 3,5% do total de despesas em saúde em Portugal em 1996 (Pereira, Mateus e Amaral, 1999). Em 2003, Pereira e Mateus (2003) estimaram que, em 2002, o custo direto da obesidade foi de 297 milhões de euros da despesa total em saúde, ao que acrescem os custos indiretos<sup>3</sup> de 199,8 milhões de euros. Recentemente, num estudo de Veiga (2008), as despesas em saúde devido ao excesso de peso aumentaram consideravelmente, afirmando que as pessoas com excesso de peso e obesidade têm maior probabilidade de incorrer em custos. Para Ribeiro (2010), os custos diretos com a obesidade, na componente de internamento, durante o ano 2008, foram de 85,9 milhões de euros, correspondendo a 0,92% da despesa total em saúde, sendo que os três maiores contribuintes para estas despesas são as patologias do sistema circulatório e cerebrovascular, a osteoartrite e episódios referentes ao tratamento da obesidade. Pereira e Mateus (2003) reforçam que a implementação de estratégias que previnam ou reduzam a incidência da prevalência de obesidade no nosso país poderia gerar

---

<sup>2</sup> Segundo Pereira e Mateus (2003), “representam as despesas do sistema de saúde e dos pacientes e seus familiares com o tratamento, prevenção e diagnóstico de determinadas doenças ou problemas de saúde” (66), sendo por exemplo: internamentos hospitalares, consultas médicas, cuidados preventivos, transporte, serviços sociais, entre outros.

<sup>3</sup> De acordo com Pereira e Mateus (2003), “representam o valor da produção perdida devido à doença e à morte prematura” (66), por exemplo, tempo perdido por familiares nas visitas hospitalares, redução da produtividade, tempo de lazer sacrificado, entre outros.

ganhos de produtividade elevados. Segundo Rothschild (1999), a influência na melhoria dos estilos de vida, contribui muito mais para aumentar a saúde da população e reduzir os custos dos cuidados em saúde, do que o foco ser o tratamento da doença.

As estratégias preventivas da obesidade durante a infância são muito importantes não só pelos benefícios de saúde imediatos, mas também como um investimento para a saúde e qualidade de vida futura, albergando uma redução na despesa com a saúde, provocada pela obesidade, devido à elevada morbidade e mortalidade que lhe estão associadas (Rito, 2003).

Nos últimos anos, têm surgido várias iniciativas nacionais e internacionais para promover estilos de vida saudáveis e identificar a importância das escolhas nos mais jovens. Contudo, estas iniciativas têm um impacto limitado (British Medical Association, 2003), devido ao entendimento inadequado dos fatores associados com os jovens, relativamente às suas escolhas (Story, Neumark-Sztainer e French, 2002). Na saúde pública, a eficácia das campanhas de *marketing* social têm sido limitadas, devido ao mau planeamento, má pesquisa, pré-testes limitados, limitações na integração do *marketing mix*<sup>4</sup> e fraca utilização de teorias para sustentação das campanhas (Anderson-Bill, Wojcik, Winett e Williams, 2006). Um dos principais objetivos das campanhas a nível da saúde é a alteração de comportamentos<sup>5</sup> (Kreps e Maibach, 2008), encorajando os bons hábitos e tentando desencorajar hábitos menos saudáveis (Randolph e Viswanath, 2004). Estudos demonstram que a evidência dos benefícios das campanhas, para o aumento da atividade física e nutrição, é de nível moderado (Wakefield, Loken e Hornick, 2010).

Neste sentido, o estudo proposto pretende contribuir para um maior conhecimento no combate da obesidade, através da determinação de fatores importantes no consumo de fruta nos adolescentes. Este estudo torna-se pertinente, visto a teoria aplicada ser mais utilizada em adultos e não ser do nosso conhecimento a realização de nenhum estudo, que analise modelos multigrupos, tais como género, idade, meio urbano/rural e escolha de campanhas publicitárias, segundo o modelo HAPA (*Health Action Process Approach*), em Portugal.

## 1.2. Estrutura do trabalho

Estruturalmente, este trabalho está organizado em cinco capítulos. O Capítulo I faz uma breve introdução ao estudo realizado. O Capítulo II está centrado nos fatores determinantes do comportamento dos adolescentes. Iniciar-se-á este capítulo, com uma abordagem dos valores cada vez mais preocupantes da obesidade infanto-juvenil em Portugal e seguidamente focar-se-á na importância do marketing social relativamente ao combate desta efemeridade. Para finalizar este capítulo aprofundar-se-ão quais os fatores que são

---

<sup>4</sup> Este conceito foi primeiramente formulado por Jerome McCarthy nos anos 60 e trata-se de um conjunto de pontos de interesse para os quais as organizações devem estar atentas se desejarem alcançar os seus objetivos de *marketing* (Machado, Camfield, Cipolat e Quadros, 2012).

<sup>5</sup> O comportamento pode ser definido segundo Hobbs, Campbell, Hildon e Michie (2011, *apud* Adamson e Benelam, 2013) como “anything a person does in response to internal or external events” (1). Por implicação a alteração de comportamento de acordo com Adamson e Benelam (2013) “requires a change in response to those internal or external events” (1).

determinantes no consumo de fruta por parte do adolescente através da abordagem da teoria comportamental HAPA. No Capítulo III, explicar-se-ão as opções metodológicas assumidas no percurso investigativo. Desta forma, apresentar-se-ão os instrumentos de recolha de dados utilizados no âmbito do estudo, os objetivos que se pretende atingir, incluindo os métodos estatísticos aplicados durante o tratamento dos dados recolhidos, de forma a comprovar a veracidade das hipóteses formuladas. O Capítulo IV será dedicado à apresentação e discussão dos resultados recolhidos. Para finalizar o trabalho, no Capítulo V serão apresentadas as principais conclusões que se podem extrair da realização deste estudo, assim como as limitações e sugestões futuras de investigação.

# Capítulo II - Revisão da literatura

---

## 2.1. Obesidade

De acordo com Ferreira e Magalhães (2007), a alimentação e nutrição constituem direitos humanos fundamentais tal como consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948 (Artigo 25). Para os mesmos autores estes direitos são requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde, já que possibilitam a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida. Por este motivo são direitos que assistem ao cidadão e, conseqüentemente, um dever do Estado e responsabilidade da sociedade. Para Story *et al.* (2002), a nutrição durante a infância e adolescência reveste-se de grande importância para o crescimento. Porém, nos últimos anos, a qualidade alimentar de crianças e adolescentes nos países ocidentais, tornou-se numa das principais preocupações de investigadores e profissionais de saúde, principalmente devido aos maus hábitos alimentares e ao incumprimento das diretrizes dietéticas e nutricionais (Fitzgerald, Heary, Nixon e Kelly, 2010).

Para Sousa (2011), definição também aceita pela WHO (2013a), “a obesidade pode ser definida simplesmente como uma doença, na qual o excesso de gordura corporal se acumula de tal forma, que a saúde pode ser adversamente afetada” (16). A classificação desta patologia em crianças e adolescentes não é fácil, visto a altura e a composição dos jovens estar em constante alteração (WHO, 2000). Por esse motivo, o diagnóstico de excesso de peso, não possui critérios consensualmente aceitáveis sendo, por isso, necessário a aplicação simultânea de vários tipos de metodologias, a fim de efetuar o diagnóstico da obesidade: determinação da espessura da prega cutânea abdominal e tricipital, meios imagiológicos, determinação das relações entre o peso e a altura e consulta de tabelas antropométricas específicas (Rahilly, 2000, *apud* Pimentel, 2006).

Nos países industrializados, a pré-obesidade e obesidade formam o distúrbio nutricional mais comum entre crianças e adolescentes (Hedley, Ogden, Johnson, Carroll, Curtin e Flegal, 2004). A WHO (2000) aponta para a existência de pelo menos três períodos críticos na criança para o desenvolvimento da obesidade; o período pré-natal, o período entre os 5 os 7 anos e o período da adolescência.

A etiologia da obesidade é multifatorial, já que o mecanismo responsável pela acumulação de tecido adiposo é complexo, podendo resultar de uma combinação de fatores genéticos, metabólicos, psicológicos, ambientais e comportamentais (WHO, 2000). Estima-se segundo Sousa (2011) que entre 1 e 5% da obesidade em crianças e adolescentes está associada a alterações genéticas ou hormonais. Neste sentido e de acordo com o mesmo autor, identificar os fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade em jovens torna-se um desafio crítico, no entanto, esta identificação permitirá uma intervenção precoce e mais eficaz. Os principais fatores que predispõem uma criança à obesidade podem ser genéticos, ambientais ou metabólicos (Rhee, Lago, Arscott-Mills, Mehta e Davis, 2005). Segundo Rising e

Lifshitz (2005) existe uma direta relação entre a obesidade e os fatores de risco ambientais, nomeadamente, o nível socioeconómico, a proveniência de meios rurais, o tipo de estrutura familiar e a sobrealimentação. A influência da obesidade parental deve-se ao facto das crianças viverem em ambientes em que pais servem de modelo e promovem comportamentos, que conseqüentemente resultam num balanço energético positivo, ou seja, há um maior consumo de calorias (energia) do que aquelas que são gastas, implicando assim o aumento de peso (Singhal, Schwenk e Kumar, 2007). Por outro lado, verifica-se ainda que o nível de atividade física nos jovens é cada vez menor, já que seguem um estilo de vida sedentário (muitas horas passadas em frente ao computador, à televisão, dependência de telemóveis, e outros dispositivos, tal como indicam Wrotniak, Epstein, Paluch e Roemmich (2004).

Almeida (2002, *apud* Sousa, 2011) afirma que as conseqüências da pré-obesidade e obesidade em crianças e adolescentes são variadas e incluem, o aumento do risco de doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes *mellitus*, arteriosclerose prematura, hiperlipidemia, alterações ortopédicas, perturbações de crescimento, alterações cutâneas, alterações gastrointestinais e hepáticas, apneia do sono e alterações psicossociais. A conseqüência mais comum nos países industrializados está diretamente relacionada com alterações psicossociais, devido ao facto de os jovens associarem a silhueta de um corpo com excesso de peso, a alguém com pouca interação social, fraco sucesso académico e pouca saúde (Viner e Cole, 2005).

Em 2005, considerando a obesidade infantil como a verdadeira epidemia do século XXI, foi aprovado e implementado o Programa Nacional de Combate à Obesidade que, de acordo com a Circular Normativa Nº 03/DGCG de 17 de Março de 2005,

“integra-se no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e visa, como objetivo geral, contrariar a taxa de crescimento da prevalência da pré-obesidade e da obesidade em Portugal. Este Programa tem, assim, por finalidade última, contribuir para a redução do peso nas pessoas obesas e nas pessoas que tenham particular risco ao desenvolver obesidade, nomeadamente pessoas com diabetes tipo 2 e doença cardiovascular, contrariar hábitos determinantes do excesso de peso e, em termos globais, contribuir para o desenvolvimento de uma cultura de promoção de um peso saudável na população portuguesa, tendo em conta uma cooperação intersectorial” [Online<sup>6</sup>].

Contudo, por despacho ministerial, publicado em Diário da República, 2ª Série, a 5 de Setembro de 2008, este programa, assim como a comissão de planeamento e acompanhamento do mesmo foram extintos,

“[a]tendendo a que as competências ao nível da prevenção secundária e terciária, previstas no Programa Nacional de Combate à Obesidade, foram totalmente integradas nas estratégias definidas na plataforma contra a obesidade e que as atribuições referentes à cirurgia da obesidade foram integralmente absorvidas pela comissão nacional de avaliação do tratamento cirúrgico da obesidade” (38742).

O Programa da Plataforma Contra a Obesidade (PPCO) é uma das ações mais importantes em vigor no nosso país, possuindo uma extensa lista de estratégias de intervenção, justificadas pela importância de um consumo alimentar adequado e da

---

<sup>6</sup> [http://static.publico.pt/docs/pesoemedia/Programa\\_Nacional\\_De\\_Combate\\_Obesidade\\_2005.pdf](http://static.publico.pt/docs/pesoemedia/Programa_Nacional_De_Combate_Obesidade_2005.pdf).

consequente melhoria do estado nutricional de cada indivíduo, tendo um impacto direto na prevenção, controlo de doenças cardiovasculares e oncológicas tornando-se determinante no controlo da diabetes e da obesidade (Direcção-Geral de Saúde e Ministério da Saúde, s.d).

Segundo, Gregório, Cavalcanti, Vasconcelos e Padrão (2010), o PPCO deveria ter mais impacto na monitorização do estado nutricional dos portugueses e as conclusões obtidas, deveriam ser tidas em conta, na avaliação e proposta de novas políticas, adequadas às necessidades nutricionais da população lusa.

Para além dos diversos programas existentes em Portugal, surgiu o novo Programa Nacional de Promoção de Alimentação Saudável, criado no âmbito do atual programa do Governo, iniciado em 2012 e tendo como objetivo não só a construção das fundações para um consumo alimentar adequado, mas também a melhoria do estado nutricional dos cidadãos. Além disso veio possibilitar a constituição da Ordem dos Nutricionistas, demonstrando mais um sinal de melhoria no âmbito da promoção e defesa de alimentação/nutrição saudável (Governo de Portugal, 2012). Uma das necessidades visíveis deste novo programa, é a elaboração de políticas que fomentem a melhoria do estado de saúde dos cidadãos, ou seja, que contribuam para a redução de assimetrias no acesso a alimentos de boa qualidade nutricional.

Segundo Joaquim (2010), as crianças portuguesas em idade escolar seguem uma dieta rica em gordura saturada, refrigerantes, *fast food*, doces, sobremesas lácteas, biscoitos/bolachas, mas muito pobre em hidratos de carbono complexos, sopa, produtos hortícolas e fruta fresca.

Evidências epidemiológicas indicam que os nutrientes presentes na fruta têm um papel crucial na prevenção de doenças cardiovasculares e no cancro (Boeing, Bechthold, Bub, Ellinger, Haller, Kroke, Leschik-Bonnet, Müller, Oberritter, Schulze, Stehle e Watzl, 2012). Ao associar este fator a um baixo peso e a uma baixa massa corporal, verifica-se que o aumento do consumo de fruta se afigura como uma forma de redução da obesidade (Rolls, Ello-Martin e Tohill, 2004) tornando-se por isso, o consumo de fruta, um importante fator na saúde pública (Rasmussen, Krolner, Klepp, Lytle, Brug, Bere e Due, 2006). O papel potencial da fruta na prevenção da obesidade e excesso de peso está relacionado à sua baixa densidade energética, alto teor de fibra dietética e ao aumento do efeito de saciedade (Tetens e Alinia, 2009). Segundo os autores, o papel que desempenha na prevenção do excesso de peso e da obesidade, pode estar ligado à possibilidade de que em vez de ingerirem alimentos altamente energéticos, prefiram substituí-los pelo consumo de fruta.

A Nova Roda dos Alimentos em Portugal indica que a população adolescente deve consumir diariamente, entre 3 a 5 porções de fruta (1 peça de fruta de tamanho médio com aproximadamente 160g), o equivalente a 20% da alimentação diária recomendada para esta faixa etária (Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Instituto do Consumidor, Programa Operacional Saúde XXI, 2003). A WHO e a Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) (2004) recomendam um consumo de pelo menos 400g de frutas e/ou vegetais.

Após a aprovação do Despacho nº22251/2005 de 21 de Outubro e posteriormente do Decreto-Lei nº 55/2009 de 2 de Março, passou a ser o Ministério da Educação, através da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, o responsável pelas questões nutricionais e de higiene alimentar, das refeições de todos os níveis de ensino, indicando que todos os alunos independentemente do nível de ensino que frequentem, tenham acesso diário a consumo de fruta de forma gratuita (Ministério da Agricultura do Desenvolvimento Rural das Pescas, Ministério da Saúde e Ministério da Educação, 2010).

Pela primeira vez, a nível da saúde pública, a obesidade, foi vista como um condutor de políticas agrícolas da União Europeia, sendo que em, 2007<sup>7</sup> (Observer, 2007, *apud* Sa e Lock, 2008), o Conselho Europeu instou a Comissão, a apresentar uma proposta de regime de distribuição de fruta nas escolas, no período compreendido entre 1 de agosto de 2009 e 31 de julho de 2012, como forma de resposta ao baixo índice de consumo deste tipo de alimentos pelas crianças (Comissão Europeia, 2012). Em 2008, chegou-se a um acordo político sobre a proposta da Comissão Europeia, onde 90 milhões de euros foram atribuídos ao cofinanciamento anual de compra e distribuição de fruta e produtos hortícolas frescos, e transformados aos alunos das escolas. Este regime contribuiu também para o objetivo da União Europeia, de combater os níveis de obesidade e de doenças crónicas associadas a dietas pouco saudáveis, como preconizado no Livro Branco sobre nutrição publicado durante o ano 2007 (Comissão Europeia, 2012). Segundo o Relatório da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho COM(2012) 768 em termos de eficácia do regime, as avaliações nacionais ao fim destes três anos, indicam que este dispõe de grande potencial, sendo considerado um instrumento válido, para influenciar positivamente os hábitos das crianças e dos jovens, e que conseqüentemente, possibilitou o lançamento de novas propostas e medidas, para que mais crianças sejam abrangidas (Comissão Europeia, 2012).

Na maioria dos países ocidentais, crianças e adolescentes não consomem as doses recomendadas destes alimentos (Ynge, Wold, Poortvliet, Elmadfa, Brug, Ehrenblad, Franchini, Haraldsdóttir, Krolner, Maes, Pérez-Rodrigo, Sjostrom, Thorsdóttir e Klepp, 2005). O consumo de bastante fruta durante a infância e adolescência é importante devido a pelo menos três razões: como a infância e a adolescência são fases de crescimento, o organismo necessita de mais nutrientes (Moore, Singer, Qureshi, Bradlee, e Daniels, 2012), os padrões alimentares estabelecidos durante a infância e adolescência tendem a continuar na vida adulta (Lien, Lytle e Klepp, 2001) e a infância e a adolescência são fases importantes, para modificar facilmente os hábitos alimentares, em oposição à idade adulta (Larson, Fulkerson, Story e Neumark-Sztainer, 2013). Em Itália, num estudo nacional designado por Inquérito HBSC investigou a ingestão de frutas em adolescentes (Lazzeri, Giacchi, Dalmaso, Vieno, Nardone, Lamberti, Spinelli e Cavallo, 2013), tendo-se concluído que a percentagem de adolescentes que indicam comer fruta, numa base diária ("Uma vez que todos os dias" e "Várias vezes por dia") são muito baixos. A prevalência do consumo diário de fruta foi de 45,5% para crianças de 11 anos, de 39,9% para crianças de 13 anos e 38,4% para os jovens de 15 anos (Cavallo,

---

<sup>7</sup> Regulamento (CE) nº 1234/2007, de 22 de Outubro de 2007.

Giacchi, Vieno, Galeone, Lamberti, Nardone e Andreozzi, 2013). Segundo o estudo *Health Behavior in School-Age Children*, realizado em colaboração com a WHO, que tem como objetivo estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas, determinou que a ingestão geral de fruta por parte de jovens portugueses com idades compreendidas entre os 11 e aos 16 anos é inferior ao recomendado. Apenas 42,7% dos jovens afirmaram consumir fruta pelo menos uma vez por dia, tendo este valor diminuído desde o último estudo realizado em 2002, em que o valor era de 49%. De acordo com o mesmo estudo, o consumo diário de fruta é superior em jovens do género feminino e entre os mais novos: 51,9% nos jovens de 11 anos declaram consumir fruta diariamente, enquanto que os inquiridos com 16 anos a percentagem de respostas semelhante foi de apenas 34,1% (Health Behavior in School-Age Children, 2006). No relatório do mesmo estudo no ano 2010, a percentagem de ingestão diária de fruta diminuiu para 41,6, sendo as raparigas novamente as maiores consumidoras diárias deste alimento com 45%. Comparativamente com a idade, os mais novos declararam novamente consumir mais fruta diariamente com 49,4% em relação aos mais velhos 34,4% (Health Behavior in School-Age, 2010).

## 2.2. A promoção de hábitos alimentares saudáveis

Hábitos alimentares pouco saudáveis são difíceis de alterar sendo diversos os fatores psicossociais que estão associados a essas mudanças (De Bruijn, 2010). Socialmente têm vindo a ser desenvolvidos esforços no sentido sensibilizar os indivíduos a adotar um estilo de vida saudável, sendo que estes esforços estão bastante dependentes, da eficácia das campanhas de saúde pública (Bandura, 2004). Para o autor, a qualidade da saúde de uma nação é uma questão social e não individual, sendo que o foco principal de uma abordagem social é a capacidade coletiva, para alterar as condições sociais, políticas e ambientais que afetam a saúde.

Determinadas estratégias de comunicação têm a capacidade para aumentar a eficácia da comunicação em saúde, de forma a alterar comportamentos e contribuindo, concomitantemente, para a melhoria da saúde da população (Godinho, Alvarez e Lima, 2013a). Segundo Hawkins, Kreuter, Resnicow, Fishbein e Dijkstra (2008) uma dessas estratégias reside na mensagem-alvo que, para Noar, Benac e Harris (2007), consiste no desenvolvimento de mensagens em saúde, destinadas a um grupo populacional-alvo, permitindo a mudança, ao adaptar o conteúdo da mensagem, aos interesses e necessidades dos indivíduos. Para os mesmos autores, a eficácia das comunicações também depende, do facto de estarem teoricamente impulsionadas, podendo tornar-se mais eficazes na promoção da mudança de comportamentos em saúde. Uma das estratégias utilizadas para alterar os comportamentos alimentares de um grande número de pessoas é a realização de campanhas de comunicação, *i.e.* atividades de comunicação organizada, direcionada a uma população particular, por um período de tempo, a fim de atingir um determinado objetivo (Snyder, 2007). De acordo com o autor, o conceito “campanha” abrange as intervenções baseadas em

comunicação, organizadas e destinadas a grandes grupos de pessoas, enquanto que o *marketing* social inclui atividades de comunicação. Durante a elaboração de uma campanha deve ter-se em consideração diversos aspetos, tais como o comportamento atual, a perceção do risco, as crenças, as barreiras ambientais e os padrões de comunicação. Segundo Luca e Suggs (2013), a necessidade da utilização de teorias e modelos de comportamento no *marketing* social, enfatiza a contribuição que a sua utilização possa levar, numa intervenção de *marketing* social. Os benefícios incluem os instrumentos necessários para o projeto de intervenção e avaliação poderem ser aplicados, em diversos ambientes, e destinados a públicos-alvo e áreas de saúde diversas.

A promoção de uma alimentação saudável nas crianças e adolescentes tem-se tornado numa preocupação cada vez mais central, no domínio da saúde pública sendo que as investigações destinadas ao combate da prevalência do excesso de peso e obesidade nesta faixa etária tem vindo a aumentar (Hedley *et al.*, 2004). A adolescência é uma das mais dinâmicas e complexas transições, na vida de cada ser humano, pelo que as mudanças físicas, de desenvolvimento e sociais, podem afetar os comportamentos alimentares e a saúde nutricional (Story, Neumark-Sztainer e French, 2002), sendo que a saúde e a nutrição tornam-se preocupações com reduzida prioridade para esta faixa etária (Rozin, 2002, *apud* Institute of Medicine of The National Academies, 2006). Para, Story, Neumark-Sztainer e French (2002) as práticas alimentares na adolescência poderão trazer implicações a longo prazo para a saúde. Segundo Laaksonen, Holmberg e Von Schantz (2012), a adolescência é o momento crucial para a promoção da saúde. De acordo com Brug, Oenema e Ferreira (2005), intervenções com o objetivo de melhorar os comportamentos relacionados com a saúde, devem explorar os determinantes ou os mediadores mais importantes desses mesmos comportamentos, a fim de serem bem-sucedidos.

O efeito das comunicações têm como objetivo aumentar a consciência do impacto negativo que a obesidade acarreta (Wammes, Breedveld, Looman e Brug, 2005), melhorando a nutrição (Burton, Creyer, Kees e Huggins, 2006) e promovendo a atividade física (Bauman, Madill, Craig e Salmon, 2004). As campanhas de *marketing* social podem ser utilizadas com sucesso, de forma a desenvolver a consciência de cada indivíduo, relativamente à obesidade e alterar as suas atitudes e comportamentos, transformando-os em estilos de vida mais saudáveis (Cismaru e Lavack, 2007).

Para desenvolver intervenções eficazes para o aumento do consumo de fruta, é necessário entender o processo etiológico e identificar as correlações potencialmente modificáveis (Neumark-Sztainer, Wall, Perry e Story, 2003). De acordo com Dixon-Woods, Fitzpatrick e Robert (2001, *apud* Krolner, Rasmussen, Brug, Klepp, Wind e Due, 2011), para o desenvolvimento de programas relevantes e eficazes assim como, políticas de intervenção para a promoção do consumo de fruta destinados a crianças e adolescentes, torna-se necessário identificar os vários fatores, influenciadores do seu consumo. Contudo, alterar os comportamentos alimentares requer não só conhecimento básico sobre nutrição, mas também fatores motivacionais e volitivos a fim de guiarem os processos de autorregulação (Lange,

Richert, Koring, Knoll, Schwarzer e Lippke (2013). De acordo com Pollard *et al.* (2008), o objetivo principal das campanhas centradas no consumo de fruta é desencadear o aumento do conhecimento relativo à recomendação diária de fruta, melhorando a percepção da necessidade de consumir este tipo de alimento e, simultaneamente, reduzir as barreiras existentes ao seu consumo. Segundo Klepp, Pérez-Rodrigo, De Bourdeaudhuij, Due, Elmadfa, Haraldsdóttir, Konig, Sjostrom, Thorsdottir, Vaz de Almeida, Ynge e Brug (2005) as campanhas de educação nutricional, têm tido apenas um sucesso moderado, na promoção de um consumo sustentável de quantidades adequadas de frutas.

### 2.3. Marketing social

O *marketing* social<sup>8</sup>, segundo Garcia-Marco *et al.* (2011), não é uma teoria, mas sim, uma abordagem cada vez mais utilizada, com o intuito de resolução de problemas sociais. Este conceito foi desenvolvido nos anos setenta, mas encontra-se presente na literatura desde os anos sessenta (Smith, 2006). Os seus princípios e características têm sido utilizados mormente pelas agências de saúde e departamentos governamentais (Garcia-Marco *et al.*, 2011). Uma das mais conhecidas definições de *marketing* social é da autoria de Andreasen (1994) que o define da seguinte forma: “the application of commercial marketing technologies to programs designed to influence the voluntary behavior of target audiences in order to improve their personal welfare and that of their society of which they are a part” (110). Por seu lado Donovan (2011) refere que o *marketing* social não é algo que usamos, mas algo que praticamos, acrescentando que o utilizamos de forma a alcançar objetivos desejados socialmente. O *marketing* social utiliza os princípios e os processos do *marketing* comercial, mas não com o propósito de vender produtos ou serviços (Evans, 2008). Segundo Andreasen (1994), o *marketing* social deve ser aplicado tendo em mente o alcance do bem social. A determinação do que é o bem social está inteiramente nas mãos do social *marketer*, *i.e.*, as aplicações de *marketing* social serão aplicadas por indivíduos que promovam as suas próprias visões particulares de bem-estar social, e podendo diferir significativamente, daquelas realizadas pela sociedade em geral. De acordo com Kotler, Roberto e Lee (2002, *apud* Lafferty, 2004), se o objetivo do tradicional *marketing* a nível de empresas com fins lucrativos é o aumento do consumo de produtos em detrimento da sociedade e do meio ambiente, então o *marketing* social é a força de contrapeso de maneira a apoiar esforços organizados para uma melhoria da qualidade de vida. Segundo os mesmos autores, o desafio mais crítico do *marketing* social é que ao basear-se num cumprimento voluntário dos indivíduos, conduz a que, muitas vezes, não possa ser prometido um benefício direto ou um

---

<sup>8</sup> Segundo o National Marketing Centre (2006), o *marketing* social é definido da seguinte forma: “the systematic application of marketing alongside other concepts and techniques to achieve specific behavioural goals” (4). De acordo com Tapp, Eagle e Spotswood (2008): “[s]ocial marketing is not about advertising or promotion. It is a process of steps that identifies what will motivate citizens to change behaviour, and makes them ‘offers’ or propositions that will encourage that change” (1). Já para Baranowski, Cullen, Nicklas, Thompson e Baranowski (2003), relativamente ao *marketing* social aplicado em saúde: “[s]ocial marketing is not a model for understanding behavior but a set of procedures for promoting change in health-related behaviors” (335).

retorno imediato para essa mudança de comportamento. Bloom e Novelli (1981) afirmam que o *marketing* social e o *marketing* comercial têm muito em comum, e necessitam de um treino similar, mas cada um tem as suas próprias regras, restrições e habilidades.

De acordo com Fertman e Allensworth (2010), o *marketing* social promove a alteração de comportamentos, encorajando os indivíduos a aceitar um novo, rejeitar o potencial comportamento, modificar o presente ou abandonar o antigo comportamento. O *marketing* social normalmente tem como alvo os comportamentos complexos, muitas vezes socialmente controversos, com benefícios distantes para os indivíduos, que muitas vezes não reconhecem que têm um problema, e que muito menos andam à procura de uma solução (Smith, 2006). A importância atribuída à colaboração da população na elaboração de campanhas para os *media*, e a utilização das mesmas dirigidas a uma população-alvo, tem conduzido, cada vez mais, à utilização de técnicas de *marketing* social para a promoção em saúde<sup>9</sup> (Bennett e Murphy, 1999). Segundo Corcoran (2013), a opinião partilhada pelos membros do National Institute of Health (s.d.), o *marketing* social utiliza uma estrutura com estratégias integradas, que podem ser utilizadas como suporte na análise, planeamento, desenho do projeto, desenvolvimento, implementação e avaliação das intervenções de comunicação. O *marketing* social é muito mais do que comunicação em massa, tendo em conta influências, económicas, legais e políticas (Green e Tones, 2010), possuindo uma estrutura adaptável, em que os seus princípios podem ser utilizados numa grande variedade de formas nas campanhas de saúde (Corcoran, 2013). De acordo com o NSMC (2011), existem cada vez mais evidências que sugerem que o *marketing* social pode melhorar o impacto e a eficiência das campanhas. De acordo com Kotler e Zaltman (1971), uma abordagem de *marketing*, não garante que sejam alcançados os objetivos sociais, ou que os custos sejam aceitáveis. Para os autores, o *marketing* social parece representar uma ponte entre o conhecimento do cientista, relativamente ao comportamento humano e a implementação socialmente útil do que esse conhecimento permite. Ele oferece uma estrutura útil para o planeamento social eficaz, à medida que as questões sociais se tornam mais relevantes e críticas.

O sucesso do *marketing* social baseia-se, pois, na utilização de uma variedade de recursos, tais como, a segmentação do público (identificação do público-alvo), a pesquisa de consumidor<sup>10</sup>, a competição<sup>11</sup>, a teoria de troca<sup>12</sup>, a monitorização<sup>13</sup>, os 4 Ps do marketing e a

---

<sup>9</sup> É definida como uma combinação de dois níveis de ação: educação em saúde e ações ambientais que suportam condições para viver saudavelmente (Green e Kreuter, 1999, *apud* Fertman e Allensworth, 2010).

<sup>10</sup> Pesquisa das necessidades do público-alvo, preferências, opiniões, crenças e outras áreas que tenham impacto no comportamento.

<sup>11</sup> Na promoção em saúde, a competição inclui a identificação de comportamentos pouco saudáveis que competem com os saudáveis, bem como analisar outras mensagens em saúde que tenham sido comercializadas.

<sup>12</sup> Os consumidores ao adquirirem um produto irão aceitar, rejeitar, manter ou modificar o novo comportamento, se os benefícios excederem o custo do comportamento. Estes custos, não são apenas financeiros, mas podem também incluir o tempo, o prazer, o hábito, entre outros. No caso da promoção em saúde, os benefícios da mudança de comportamento devem ser enfatizados em relação aos custos.

<sup>13</sup> Na promoção em saúde, a avaliação é fundamental para verificar se os programas estão a alcançar os objetivos propostos.

interação entre o *media* interpessoal e *mass media* (Grier e Bryant, 2005). De acordo com Garcia-Marco *et al.* (2011), os 4 Ps do *marketing* são: produto, distribuição, preço e comunicação<sup>14</sup>. A maioria das campanhas de *marketing* social elaboradas no âmbito da obesidade centram-se na persuasão do indivíduo, levando-o a adotar comportamentos saudáveis (*downstream*), embora se reconheça que para maximizar a sua eficácia, o *marketing* social necessita de uma mudança nos determinantes sociais da saúde e da segurança (*upstream*). A estratégia e o pensamento do *marketing* social são dos elementos mais importantes, com vista à melhoria da informação e prevenção, fornecida pelo sector da saúde<sup>15</sup>. Segundo Corcoran (2013), o produto nos 4 Ps, corresponde às características do produto ou do comportamento. O preço corresponde aos custos, valores e a importância para a realização do comportamento, seja ele, monetário, psicológico ou social (Corcoran, 2013). Sendo que a nível individual, as intervenções bem-sucedidas são aquelas que reduzem os custos, sugerindo pequenos passos para a mudança comportamental e oferecendo benefícios imediatos (Bennett e Murphy, 1999). Para os autores, a distribuição é a localização física e o tempo em que a mudança de comportamento terá lugar, seja em casa, na escola ou noutro contexto social onde o indivíduo se insira (Fertman e Allensworth, 2010), tornando-se este fator o mais importante, a facilidade de acesso (Bennett e Murphy, 1999). A comunicação é a estratégia utilizada para transmissão da mensagem de alteração de comportamento, incluindo os diversos canais e a própria distribuição (Fertman e Allensworth, 2010; Corcoran, 2013). De acordo com Evans (2008), o *marketing* social pode dar às crianças e adolescentes motivos e oportunidades para se envolverem em alternativas saudáveis, indo ao encontro dos seus desejos e necessidades. O *marketing* social é uma técnica inteligente de promoção na saúde, segundo o qual o desenvolvimento de uma compreensão detalhada da população local permite que as mensagens sejam abrangentes e eficazes (Dedman, Jones, Tocque e Belis, 2006).

De acordo com WHO (2009), as intervenções consideradas moderadamente eficazes são aquelas que usam campanhas de *mass media* com grande impacto e acompanhadas por mensagens simples. Para os membros da WHO, as mensagens devem ser consistentes, coerentes, simples e claras, mas acima de tudo devem permitir a comunicação através de diversos meios de comunicação e adequarem-se ao contexto cultural, social, em que serão difundidas ao público-alvo. Para ajudar a reduzir o aparecimento de doenças crónicas, a WHO e a FAO (WHO, 2003a) sugeriram a implementação de campanhas-alvo, tendo em mente o aumento do consumo de fruta e vegetais afirmando que as comunicações em saúde eficazes têm capacidade para desenvolver a consciência dos indivíduos, aumentar o nível de conhecimento, e induzir mudanças a longo prazo. Segundo o Dedman *et al.* (2006) quando se faz o planeamento de uma campanha de *marketing* social é fundamental que o tempo e os recursos sejam atribuídos à fase de avaliação para permitir que o impacto, resultados,

---

<sup>14</sup> No *marketing* social, acrescenta-se outro “P”, referente a “pessoas”. No contexto do *marketing* social centrado na obesidade infantil, este “P” adicional é referente a “parceria”.

<sup>15</sup> Este tipo de estratégia é usado na prevenção do tabagismo, nutrição, alcoolismo e toxicodependência.

processos e relação custo-eficácia da campanha seja determinado. De acordo com os mesmos autores, a avaliação das campanhas de *marketing* social pode melhorar a sua credibilidade, através da determinação do que está bem, mas principalmente do que precisa de ser melhorado.

A utilização do *marketing* social na promoção de hábitos alimentares saudáveis tem sido estudada em países, tais como Estados Unidos da América, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, Reino Unido, Itália, Bélgica, Holanda, Noruega, Suíça, França e Alemanha (Kapetanaki, Brennan e Caraher, 2014). A escolha alimentar é um comportamento complexo, que pode ser influenciado por diversos fatores e situações, tais como a cultura, política, fatores psicológicos e biológicos, custos ambientais e elementos sociais (Stead, Gordon, Angus, McDermott, 2007). Segundo Shive e Morris (2006), o *marketing* social tem sido aplicado numa variedade de comportamentos a nível de saúde, e tem-se revelado eficaz na melhoria nutricional, especialmente, em situações marcadas pela deficiência nutricional. De acordo com Wymer (2011), uma abordagem típica de *marketing* social é o desenvolvimento de uma campanha de publicidade de curta duração, cujo objetivo primordial é incentivar as pessoas a comer de forma mais saudável, ou a realizar mais exercício físico.

Contudo, as taxas de obesidade continuam a aumentar, provando que as campanhas de *marketing* social têm sido ineficazes. Para Wymer (2011), entre as opções possíveis para melhorar as estratégias de *marketing* social, encontramos a sensibilização dos consumidores para a influência negativa do *marketing* da indústria alimentar, o desenvolvimento de um movimento social de consumidores contra o tipo de *marketing* utilizado pelas indústrias de produção alimentar, de forma a alertar os governos, para a necessidade de regulamentação da indústria alimentar. Segundo Quigley e Watts (2005) a eficácia do *marketing* social é negada, se o contexto em que se desenrola o comportamento individual for ignorado, reforçando que a comunidade médica reconhece, cada vez mais, que a sociedade necessita de se concentrar mais no *marketing*, visto ajudar na criação de um contexto saudável.

Nos Estados Unidos da América, o *marketing* social é usado em campanhas centradas na promoção da atividade física, na redução do visionamento de televisão e do consumo de alimentos considerados pouco saudáveis (Early Childhood Obesity Prevention, 2008; Institute of Medicine of the National Academies, 2011). Além disso, a mais recente campanha *Let's Move* promulgada pela Primeira Dama Michelle Obama, tem como principal objetivo, eliminar a obesidade infantil numa geração. No âmbito desta campanha foram identificadas quatro áreas de intervenção prioritárias, a melhoria do conhecimento parental sobre hábitos alimentares saudáveis, o combate aos baixos níveis de atividade física nas crianças e a fraca qualidade nutricional nas escolas, possibilitando a toda a população, com especial foco na população mais desfavorecida em termos económicos, o acesso a alimentos saudáveis (Machado, Alves e Couceiro, 2011).

Na Austrália, as mudanças comportamentais através do *marketing* social têm vindo a ganhar cada vez mais visibilidade, em especial no que concerne ao combate da obesidade em crianças (Bell, Simmons, Sanigorski, Kremer e Swinburn, 2008; New South Wales Department

of Health, 2009). De acordo com Tom (2012), durante um simpósio realizado neste país procurou-se reunir esforços quer do governo quer de organizações não-governamentais, tendo em vista não só a prevenção mas também a identificação dos domínios de ação prioritários, explorar métodos e mecanismos de ação mais eficazes essenciais para o alinhamento estratégico em *marketing* social objetivando a prevenção do excesso de peso e de obesidade. A campanha de *marketing* social (*The Western Australian Health Department's Go for 2&5®*) realizada, entre 2002 e 2005, teve como objetivo sensibilizar, alertar e encorajar o aumento do consumo de fruta e vegetais na população em geral (Pollard *et al.*, 2008). O desenvolvimento desta campanha teve como base teorias de promoção na saúde e análise de valores, crenças, conhecimento e comportamento, tendo proporcionado o aumento do consumo de fruta e vegetais entre adultos. Segundo os autores, esta campanha permitiu fornecer orientações futuras para a promoção nutricional através do *marketing* social, demonstrando a importância da implementação de campanhas de *marketing* social, por um longo período de tempo, de modo que o crescimento no conhecimento, nas intenções e no comportamento possam ocorrer e serem mantidas.

A nível Europeu podemos destacar o exemplo do Reino Unido, onde as mudanças comportamentais através do *marketing* social têm vindo a ser importantes, para o combate da obesidade em crianças (Cambridgeshire County Council, 2008). Os potenciais benefícios do *marketing* social foram reconhecidos no Livro Branco da Saúde Pública (Her Majesty's Government, 2010) dando ênfase à importância das campanhas de *marketing* social tais como a *Change4Life*<sup>16</sup>. Em 2003, surgiu também no Reino Unido uma campanha designada por *5 a day*, que teve como objetivo o aumento do consumo de fruta e vegetais através da consciencialização dos benefícios para a saúde.

Em França<sup>17</sup> têm vindo a ser desenvolvidos e implementados programas em grande escala, através da criação de apoios em ambientes comunitários que promovam a alimentação saudável e atividade física, nas crianças e adolescentes. Neste caso, o *marketing* social representa uma opção interessante e acessível, *i.e.* uma solução inteligente para um problema social cada vez maior.

Em Portugal, no contexto do PPCO, durante o ano de 2007, 26 empresas do sector alimentar assinaram um compromisso de autorregulação, para restrição de publicidade dos produtos que não estavam enquadrados nos critérios nutricionais, definidos pela WHO, para

---

<sup>16</sup> A *Change4life* é um programa de saúde pública iniciado, em 2009, no Reino Unido tendo como principal objetivo encorajar as pessoas para a adoção de estilos de vida saudáveis, dando principal ênfase aos estilos de vida das crianças. No *website* do programa pode ler-se: "Change4Life is a nationwide movement which aims to help us all, but especially our kids, eat well, move more and live longer" (Change4life, 2013).

<sup>17</sup> *Ensemble Prévenons l'Obésité Des Enfants* (EPODE) cujo modelo surgiu em 2004 em França, consiste numa estratégia estabelecida com coordenação a nível nacional e local, promove iniciativas concretas e equilibradas de hábitos alimentares e maior atividade física na vida quotidiana, permitindo a criação de novos esquemas educacionais a nível local, criando formas sustentáveis a nível alimentar para famílias e indivíduos (EPODE, 2013). A implementação do *marketing* social do EPODE tem sido baseada num modelo tradicional de 4 Ps do *marketing*, juntamente com o P de parceria, para a prevenção da obesidade (EPODE, 2013).

determinados horários (Machado, Alves e Couceiro, 2011). De acordo com Pereira, Estrela e Bruno (2013), nos últimos anos, tem-se dado mais atenção à influência que a publicidade de produtos alimentares tem sobre as crianças, e o seu efeito na obesidade infantil. Segundo os autores, Portugal ainda apresenta resultados ténues sobre este assunto nos trabalhos desenvolvidos. De acordo com os autores supramencionados, o projeto *media smart*, um projeto inovador já lançado noutros países, coordenado pela Associação Portuguesa de Anunciantes em escolas portuguesas, tem sido bastante criativo, ao pretender ajudar a elevar a literacia sobre a influência que a publicidade exerce nas crianças. Além de estimular o sentido crítico das crianças, têm-lhes também fornecido ferramentas que lhes possibilitem compreender e interpretar a publicidade, com o objetivo de torna-los consumidores saudáveis. Mello, Luft e Meyer (2004) defendem o *marketing* social, visto centrar-se na promoção de escolhas alimentares saudáveis, e na implementação da atividade física em crianças, de forma a controlar o excesso de peso e a obesidade. A Administração Regional de Saúde do Norte (2009), relativamente ao *marketing* social na área da alimentação, refere que os investimentos terão de passar necessariamente pela devida contextualização cultural, por processos psicológicos e comunicacionais, pelo discurso de incentivo positivo, pela capacidade de persuasão, através da criatividade, e pela lógica de diversão adaptados à população em causa. Em Portugal, as campanhas de *marketing* social com vista a implementação de hábitos saudáveis deveriam estar contidas no Plano Nacional de Saúde. Em 2008, o Movimento Energia Positiva, iniciativa de responsabilidade social da Galp Energia em parceria com o Ministério da Educação e com o Ministério da Saúde por intermédio do PPCO, visou promover e sensibilizar o público em geral, para um estilo de vida mais saudável, recorrendo para tal a mensagens capazes de promover tais mudanças entre os residentes no nosso país e os cidadãos nacionais (Galp Energia, 2007).

A Comissão Europeia apresentou, em 2007, o Livro Branco relativo à nutrição, onde se pode ler que a recolha sistemática de dados neste campo é um fator determinante na prevenção da obesidade/das doenças, relacionadas com o excesso de peso. Neste sentido, a Comissão Europeia determinou a realização de um estudo europeu, cujos dados possibilitassem aos governos dos estados-membros ter uma visão da situação nutricional do seu país. Consequentemente, esses dados deverão possibilitar a elaboração de políticas, a preparação de campanhas de sensibilização, e a elaboração de indicadores estratégicos de avaliação sistemática da situação, que até ao momento, em Portugal, não se verifica em grande escala. O estudo europeu decorreu entre 2007 e 2012, com a publicação das conclusões finais no decorrer de 2013 (Directorate-General for Health and Consumers, 2010). Relativamente às conclusões obtidas, verificou-se que em Portugal ocorreu um progresso notório quando comparado com outros países, devido à aprovação em 2011 de uma regulamentação que proíbe explicitamente qualquer tipo de comunicação comercial de alimentação e bebidas pouco saudáveis durante a programação infantil, tendo sido criada a Lei nº27/2007 que regula o acesso à televisão e ao seu exercício (European Commission, 2013). Outra boa iniciativa que o relatório apresenta do nosso país, foi a criação do PPCO para a

regulamentação na área da comunicação comercial. Apesar do Livro Branco mencionar a elevada importância da necessidade de monitorização das atividades realizadas, tendo em vista a melhoria dos regimes alimentares e a atividade física, de forma a poder-se avaliar, ajustar, ou até mesmo melhorar, seria importante verificar neste documento o nível de importância atribuída ao *marketing* social, nesta área (Directorate-General for Health and Consumers, 2010). O novo plano de ação para políticas de alimentação e nutrição da WHO, que decorrerá entre 2014 e 2020, centra-se em quatro áreas de intervenção: reforçar a vigilância; monitorizar e avaliar as informações relacionadas com saúde e estado nutricional; reduzir a exposição a fatores de risco para as doenças crónicas relacionadas com a desigualdade, cuja melhoria possa ser modificada através da alimentação; reforçar e reorientar os sistemas de saúde; e incentivar a adoção da abordagem do envolvimento dos cidadãos, nas atividades de promoção, de uma alimentação saudável (WHO, 2013b). Contudo, no novo plano de ação o *marketing* social volta a não ser contemplado de forma mais acentuada em especial no que concerne as políticas centradas na saúde alimentar, destacando apenas a importância da regulamentação do *marketing* comercial.

O Institute of Medicine of the National Academies (2009) menciona que o *marketing* social, através dos vários canais de comunicação promove hábitos saudáveis, desenvolvendo ainda uma abordagem de contra publicidade, relativa a alimentos prejudiciais à saúde. Habitualmente as campanhas colocam as suas mensagens nos *media* alcançando elevadas audiências, mais frequentemente através da televisão ou da rádio, mas também através dos outdoors, revistas e jornais (Wakefield, Loken e Hornik, 2010). Para os autores, algumas campanhas incorporam novas tecnologias, como a Internet® e os telemóveis. Segundo Kotler (2008, *apud* Wakefield, Loken e Hornik, 2010) vários métodos de difusão podem ser usados se as campanhas em saúde forem utilizadas mais amplamente em programas de *marketing* social. De acordo com Snyder (2007), ao utilizarem-se diversos canais de comunicação, a exposição à mensagem que se pretende veicular aumentará consideravelmente, e conduzirá a uma melhoria dos resultados alcançados pelas campanhas. Num relatório elaborado pelos membros do Institute of Medicine nos Estados Unidos da América, os autores concluíram que existem fortes indícios para a associação, entre a exposição à publicidade televisiva e a prevalência de adiposidade entre adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos (Institute of Medicine of The National Academies, 2006), no entanto, avaliar a relação de causalidade entre essa exposição e a obesidade tem sido difícil (Powell, Szczypka e Chaloupka, 2007). De acordo com um estudo conduzido por Proctor, Moore, Gao, Cupples, Bradlee, Hood e Ellison (2003), as crianças mais expostas a anúncios publicitários parecem ter menor propensão para consumir fruta diariamente, contudo, uma elevada exposição de alimentos saudáveis, pode aumentar o consumo deste tipo de alimentos (Klepp, Wind, De Bourdeaudhuij, Pérez-Rodrigo, Due, Bjelland e Brug, 2007).

Segundo Gordon, McDermott, Stead e Angus (2006), existem fortes evidências da eficácia das intervenções de *marketing* social em nutrição, tabaco e álcool, enquanto os resultados na atividade física foram mais moderados, tendo sido pouco evidente o efeito de

nocividade, causado por intervenções de *marketing* social. De acordo com os autores, as intervenções de *marketing* social podem ser eficazes, em diferentes grupos-alvo, em especial entre os jovens, adultos, grupos étnicos e desfavorecidos, demonstrando que as intervenções de *marketing* social podem ser eficazes numa variedade de configurações de contextos também eles diversos, tais como a escola, local de trabalho, igrejas, comunidades e seio familiar. Os autores concluem ainda que o *marketing* social pode ser identificado, como uma abordagem de intervenção no comportamento de saúde muito promissora.

Para os membros do Institute of Medicine of the National Academies (s.d.), por vezes o custo de um programa de *marketing* social a longo-prazo pode ser significativo, mas é importante enfatizar o custo do sucesso do *marketing* social, que representa uma pequena fração dos custos, comparativamente aos aumentos destes quando associados aos tratamentos do excesso de peso e obesidade, tendo em conta que o valor humano é incalculável. De uma forma geral, o principal objetivo das intervenções realizadas no âmbito da obesidade infantil é informar e alertar pais e crianças para a necessidade urgente de mudança de atitude, relativamente à alimentação. Além disso, uma vez que a prevalência da obesidade infantil tem vindo a aumentar, é urgente a realização de iniciativas apoiadas pela comunidade, visando a resolução do problema. Nesta perspetiva, os investigadores sugerem que as intervenções centradas na prevenção da obesidade através da mudança de dieta, atividade física, estilo de vida e apoio social, têm sido baseadas em princípios sólidos, com margem e potencial, para apresentarem uma melhoria significativa dos resultados alcançados (Garcia-Marco *et al.*, 2011).

Segundo Rayner (2007), a teoria do *marketing* social é limitada na sua utilidade, visto basear-se num conjunto particular e limitado de conceitos e princípios, no entanto, por outro lado, é um método específico de intervenção, eficaz na promoção da mudança comportamental. O autor acrescenta que esta abordagem é um modelo popular em relação ao combate da obesidade, isto porque os padrões de comportamento, tais como baixos níveis de atividade física e hábitos alimentares pouco saudáveis, são muitas vezes vistos como escolhas pessoais. De acordo com Cavicchi, Stefani, Romano e Santini (2011), um problema comum nas abordagens de *marketing* social é que poucos, pressupostos patentes nas teorias de mudança comportamental têm sido objeto de investigação empírica, e se tiveram esse aspeto em conta, nem todas as intervenções podem ter a definição de *marketing* social.

Evans, Christoffel, Necheles e Becken (2010) e Foltz, May, Belay, Nihiser, Dooywma e Blanck (2012) mencionam que o *marketing* social deve atuar em diferentes vertentes, sendo que no seio familiar, este tipo de *marketing* pode encorajar os pais a adotarem comportamentos protetores, visto serem encarados como modelos para os filhos, logo, se estes praticarem atividade física e uma alimentação saudável, os filhos irão também praticá-la em casa, na escola e no ambiente comunitário. Para os mesmos autores, a mobilização da comunidade tem sido uma componente importante no *marketing* social, atuando na promoção de atividade física e melhoria de hábitos alimentares entre pais e filhos. A nível escolar, os mesmos autores referem que o *marketing* social pode atuar através da alteração

comportamental alimentar e de atividade física, assim como a nível dos bares escolares e de máquinas de venda de produtos alimentares. Segundo Baranowski *et al.* (2003), a investigação sobre a relação de influências comportamentais e biológicas no comportamento e na obesidade, parece ser promissora.

## 2.4. Teorias do comportamento em saúde

O *marketing* social é uma disciplina do conhecimento, que tem tido cada vez mais relevância na promoção da saúde. Contudo, esta promoção tem um limite no conhecimento sobre o que consiste o *marketing* social e como aplicar estas estratégias no desenvolvimento, de programas, na promoção de saúde eficazes (Jones, Iverson, Penman e Tang, 2005). Atualmente tem-se verificado uma aplicação sistemática das técnicas de *marketing* social, a fim de estimular a adoção de comportamentos que podem promover o bem-estar no público-alvo (Almazor, 2011). O comportamento nutricional em jovens é influenciado por múltiplos fatores ambientais, pessoais e sociais (Story, Neumark-Sztainer e French, 2002). As teorias comportamentais são úteis, para explicar as diversas influências nos comportamentos nutricionais dos jovens (Glanz, Rimer e Viswanath, 2008, *apud* Sumonja e Novakovic, 2013). Segundo Wakefield, Loken e Hornik (2010), as campanhas de *mass media* podem produzir alterações positivas e prevenir as negativas, em comportamentos relacionados com a saúde, em grande parte da população. De acordo com Godinho, Alvarez e Lima (2013a), a eficácia da comunicação em saúde, também depende da forma como teoricamente são impulsionadas. As autoras acrescentam que os determinantes de comportamentos em saúde, estabelecidos por modelos sociocognitivos, são alvos essenciais, para o desenvolvimento de mensagens na promoção de comportamentos saudáveis, tais como o consumo de fruta. As mais proeminentes teorias na alteração de comportamentos em saúde são: *Theory of Planned Behavior* (TPB), *Social Cognitive Theory* (SCT), *Transtheoretical Model* (TTM), *Health Belief Model* (HBM) e *Health Action Process Approach* (HAPA), que incluem uma variedade de cognições, influenciando direta ou indiretamente os comportamentos em saúde (Schwarzer e Luszczynska, 2006).

Muitos problemas de saúde são causados por comportamentos de risco, tais como o consumo excessivo de álcool, tabaco, e maus hábitos alimentares, sendo que os comportamentos em saúde como a prática de atividade física e uma boa estrutura alimentar são hábitos difíceis de alterar (Schwarzer, 2008a). Contudo, os seres humanos têm, em princípio, o controle sobre a sua conduta, através do autocontrolo de comportamentos para a melhoria da sua saúde optando por, não fumar, praticar exercício físico, controlar o peso, entre outros. A mudança de comportamento em saúde refere-se a processos motivacionais e de ação, que permitam o abandono de comportamentos nocivos para a saúde, em favor da adoção e manutenção de comportamentos que melhoram a mesma (Schwarzer e Luszczynska, 2008). Para os autores, este processo engloba uma variedade de fatores sociais, emocionais e cognitivos. Logo, é essencial identificar o melhor conjunto de fatores que permitam a previsão ou explicação adequada sobre a mudança de comportamento em saúde. A maioria

das teorias sociocognitivas assume que a intenção individual para mudar um determinado hábito, é o melhor caminho para a mudança de comportamentos (Schwarzer, 2008a). O autor reforça que deve ser feita uma distinção entre modelos contínuos e modelos de estágios.

Nos modelos contínuos, os indivíduos são colocados ao longo de um intervalo que reflete a probabilidade de ação (Schwarzer e Luszczynska, 2008). Uma das mais proeminentes abordagens deste tipo de modelo é a TPB propondo que qualquer intenção de alterar um comportamento deve incidir sobre crenças, atitudes e expectativas e, por sua vez, na forma como estas alteram o comportamento (Corcoran, 2013). Porém, alguns investigadores têm apontado duas grandes falhas nos modelos contínuos (Schwarzer e Luszczynska, 2008). Em primeiro lugar, a existência de uma regra de predisposição única que para descrever a mudança de comportamento, implica que as mudanças cognitivas e comportamentais ocorram de forma linear, sendo que esta abordagem de intervenção é apropriada para todos os indivíduos associados a comportamentos pouco saudáveis. O objetivo de uma intervenção deste tipo é mover o indivíduo ao longo deste percurso para a ação. De acordo com os modelos contínuos, não é importante saber se a intervenção é direcionada primeiramente para a mudança da percepção da vulnerabilidade, das consequências, ou da auto-eficácia. Neste sentido, as intervenções não são necessárias para o progresso numa determinada sequência, podendo ser aplicada em qualquer ordem ou mesmo simultaneamente. Em segundo lugar, os autores referem que nos modelos contínuos a variação da intenção se sobrepõem à variação do comportamento. Eles não incluem a fase pós-intencional em que os objetivos são traduzidos em ação. O segmento entre as intenções e comportamentos é muitas vezes, chamado a lacuna de intenção de comportamento (Sheeran, 2002, *apud* Schwarzer e Luszczynska, 2008). No entanto, é muito comum que as pessoas não se comportem de acordo com suas intenções.

Para superar as limitações dos modelos contínuos, os modelos de estágios têm realizado tentativas em considerar as características do processo, propondo que os indivíduos passem por etapas qualitativas. O TTM tornou-se o modelo mais popular deste tipo, implicando que diferentes intervenções sejam adequadas, em diferentes estágios de mudança no comportamento em saúde. Porém estes modelos também foram criticados. Sutton (2005, *apud* Schwarzer e Luszczynska, 2008) argumenta que a noção de estádios não são genuinamente qualitativos, mas sim subdivisões arbitrárias num processo contínuo. Para Fitzgibbon, Stolley, Schiffer, Van Horn, KauferChristoffel e Dyer (2005), a SCT é uma teoria de alteração no comportamento, frequentemente utilizada, tendo sido desenvolvida por Albert Bandura *et al.*, em 1962 (Baranowski, Perry e Parcel, 2002, *apud* Neal, 2010). Esta teoria aborda os determinantes nas escolhas comportamentais do indivíduo relativamente à saúde, utilizando ainda, métodos que promovam a mudança comportamental (Nutbeam, 2006, *apud* Neal, 2010). O princípio básico desta teoria é a mudança do comportamento que é promulgada de forma dinâmica e recíproca em ambientes sociais, culturais e normativos (Lytle e Perry, 2001). Para Bandura (1986, *apud* Hawley, Harker e Harker, 2010), a SCT define o comportamento humano dentro de uma tríade, dinâmica e com interação recíproca dos

fatores pessoais, comportamentais e no ambiente onde os processos cognitivos são influenciados. Esta teoria centra-se na promoção de autogestão efetiva de hábitos que, permitam manter as pessoas saudáveis (Bandura, 2004), sendo que as principais bases desta teoria são relevantes para o comportamento alimentar, no que concerne à aprendizagem observacional, ao reforço, à auto-eficácia e ao autocontrolo. As chaves construtoras desta teoria incluem a auto-eficácia, o autocontrolo e as influências externas. De acordo com Fertman e Allensworth (2010), Bandura em 1995, definiu a auto-eficácia como uma regulação pessoal direcionada para um determinado comportamento ou desempenho. Para o autor, a auto-eficácia corresponde à confiança que cada pessoa possui para a execução de um determinado comportamento, sendo específica para o presente e não para o passado ou futuro. O autor afirma que a auto-eficácia tem o papel primordial na alteração de comportamentos, servindo como guia para motivar comportamentos saudáveis. A influência externa composta pela família, amigos e escola são crenças normativas e modeladoras capazes de influenciar a adoção de comportamentos (Bandura, 2007 *apud* Poddar, Hosing, Anderson-Bill, Nickols-Richarson e Ducan, 2012).

#### **2.4.1. Health Action Process Approach (HAPA)**

O HAPA foi desenvolvido para superar algumas das limitações existentes noutros modelos (Schwarzer, 2008a). Para o autor, os modelos de mudança de comportamento em saúde, postulam um padrão de fatores que podem aumentar a motivação e que, eventualmente conduzirão a uma mudança de comportamento. Um modelo que inclui explicitamente mediadores pós-intencionais, numa tentativa de superar as lacunas existentes na intenção de comportamentos é o HAPA, tendo sido originalmente desenvolvida no final dos anos 80, integrando diversas teorias, entre elas a SCT (Schwarzer, 1992, *apud* Schwarzer e Luszczynska, 2008). Segundo Luszczynska e Schwarger (2003), o modelo HAPA descreve os mecanismos que atuam quando os indivíduos se tornam motivados para alterar os seus hábitos, quando os adotam; como mantêm esses novos hábitos; quando tentam resistir às tentações e se conseguem recupera de contratempos. O modelo HAPA diferencia-se entre duas fases no processo da mudança de comportamento: uma fase motivacional que inclui a formação de intenções de comportamentos, e uma fase volitiva que começa logo após a intenção ter sido definida, incluindo a tradução da mesma intenção, num comportamento (Scholz, Nagy, Gohner, Luszczynska e Kliegel, 2009). Este modelo sugere uma distinção entre os processos de motivação pré-intencionais, que levam a uma intenção comportamental e os processos pós-intencionais que conduzem ao atual comportamento em saúde. Dentro das duas fases ou estágios, diferentes padrões de indicadores sociocognitivos poderão surgir (Schwarzer e Luszczynska, 2008). Na fase inicial de motivação, o individuo desenvolve uma intenção para a ação, considerando que dentro desta primeira fase, a percepção do risco é vista como o primeiro passo para a alteração de comportamentos em saúde (Renner e Schwarzer, 2005). Mas a percepção do risco, por si só, é insuficiente para permitir que um individuo forme uma intenção. Existe sim, uma maior elaboração de pensamentos sobre as consequências e

competências (Schwarzer, Schuz, Ziegelmann, Lippke, Luszczynska e Scholz, 2007). Do mesmo modo, as expectativas de resultados positivos são reconhecidas como fatores importantes na fase de motivação, logo, quando uma pessoa pondera os prós e contras de certos resultados comportamentais, podem ser subdivididas em sociais, físicas e emocionais (Schwarzer, 2008a). Para Schwarzer (2008a), a auto-eficácia de ação refere-se à primeira fase do processo, em que um indivíduo ainda não agiu, mas já desenvolveu uma motivação para o fazer. De acordo com Luszczynska e Schwarzer (2003), os indivíduos com elevada auto-eficácia de ação imaginam o sucesso, antecipam potenciais resultados de diversas estratégias, e são mais propensos para iniciar um novo comportamento. Depois de o indivíduo desenvolver uma inclinação para adoção de um comportamento particular em saúde, esta boa intenção tem que ser transformada em detalhadas instruções, sobre como realizar a ação desejada (Schwarzer e Luszczynska, 2008). A percepção da auto-eficácia é importante em todas as fases do processo de mudança de comportamento de saúde (Bandura, 1997, *apud* Schwarzer e Luszczynska, 2008). Segundo Hankonen, Absetz, Ghisletta, Renner e Uutela (2010), o aumento da auto-eficácia está associado a uma melhoria de comportamentos em saúde, como a prática de exercício físico que de acordo com Linde, Rothman, Baldwin e Jeffery (2006) conduz a uma diminuição de peso. Além disso, é necessário que o indivíduo acredite na sua própria capacidade para levar a cabo o comportamento pretendido. A percepção da auto-eficácia, em conjunto com as expectativas de resultado positivo contribuem substancialmente para a formação de uma intenção (Renner, Kwon, Yang, Paik, Kim, Roh, Song e Schwarzer, 2008), mas nem tanto pela percepção do risco (Schwarzer e Renner, 2000). Segundo os mesmos autores, a relação bivariada entre a expectativa de resultado e a auto-eficácia de ação é moderada, sendo que ambas são constructos necessários, mas isolados nunca são suficientes. No modelo HAPA, na fase pré-intencional existe uma menor influência da auto-eficácia de ação na intenção, comparativamente com a influência da expectativa de resultado, mas na fase pós-intencional, a auto-eficácia de ação assume uma forte influência no comportamento, através da auto-eficácia de manutenção, comparativamente com outras variáveis, exceto a intenção (Schwarzer e Renner, 2000). Uma vez iniciada a ação, esta necessita de ser mantida. Isto não é conseguido através de um único ato de vontade, mas envolve habilidades e estratégias de autorregulação. De acordo com Luszczynska e Schwarzer (2003), a auto-eficácia de manutenção representa as crenças otimistas acerca da capacidade de um indivíduo, de forma a lidar com as barreiras que possam surgir durante o período de manutenção. Um novo comportamento em saúde pode vir a ser muito mais difícil de cumprir do que o esperado, mas uma pessoa auto-eficaz responde com melhores estratégias, maior esforço e com prolongada persistência, com o objetivo de superar tais barreiras (Schwarzer, 2008a). A partir do momento que uma ação é executada, indivíduos com elevada auto-eficácia de manutenção investem um maior esforço, e persistem por mais tempo do que aqueles que são menos auto-eficazes (Luszczynska e Schwarzer, 2003). Scholz, Sniehotta e Schwarzer (2005) demonstraram que a associação da auto-eficácia de manutenção com um determinado comportamento, este último é moderado por um anterior, indica o facto de um

indivíduo, estar na fase de manutenção da mudança de comportamento. Segundo os mesmos autores, indivíduos que já tinham começado um comportamento anteriormente e que o foram mantendo, beneficiaram mais de auto-eficácia de manutenção, do que aqueles que ainda não tinham começado. Leventhal, Singer e Jones (1965) argumentam que os recursos baseados no medo podem facilitar a mudança de comportamento em saúde, apenas quando orientados com indicações específicas sobre quando, onde e como realizá-los. Uma nova atenção foi dada ao planeamento, quando o conceito de implementação de intenções foi introduzido a partir da perspetiva de motivação e vontade psicológica (Gollwitzer, 1999). Segundo o autor, o planeamento de ações (ou implementação de intenções), traduz intenções em ações particulares, que de acordo com Luszczynska, Tryburcy e Schwarzer (2007), especifica o quando, onde e como de uma ação desejada, ou seja, o planeamento serve como ponte entre as intenções e o comportamento (Schwarzer *et al.*, 2007). O planeamento pode ser particularmente benéfico, para indivíduos que pretendam praticar uma ação (Sheeran, Webb e Gollwitzer, 2005). A formação do planeamento facilita a realização de objetivos, aumentando as respostas automáticas a estímulos (Sheeran e Gollwitzer, 2006). Ensaios clínicos randomizados têm provado, que as intervenções de planeamento ajudam a adoção e manutenção de comportamentos de saúde (Luszczynska, Tryburcy e Schwarzer, 2007). Segundo Sheeran, Webb e Gollwitzer (2005) os efeitos da intervenção de planeamento podem ser moderados, pela intenção dos indivíduos e, de acordo com Sniehotta, Scholz e Schwarzer (2005), o efeito da auto-eficácia no comportamento dos mesmos, pode ser mediada pela intenção. Para Lange *et al.* (2013), o planeamento de *coping* centra-se em estratégias de autorregulação. Este facto representa uma ligação mental entre a antecipação das situações de risco e uma resposta adequada, podendo ajudar na superação de obstáculos e proteger boas intenções de distrações. O planeamento de ação é um pré-requisito para iniciar novos comportamentos e o planeamento de *coping*, uma estratégia que se torna mais relevante depois da intenção do comportamento ter sido iniciada (Lange *et al.* 2013). Um aumento do planeamento de ação deve levar a uma maior taxa de adoção de um comportamento, visto ser um facilitador da transição entre intenção e ação (Reuter, Ziegelmann, Wiedemann, Geiser, Lippke e Schwarzer, 2010). Na fase de manutenção, um aumento da auto-eficácia de manutenção e do planeamento de *coping* deve ser associado a uma bem-sucedida manutenção do comportamento alterado (Sniehotta, Scholz e Schwarzer, 2005). Relativamente às boas intenções, estas são mais propensas a ser transformadas em ação quando os indivíduos desenvolvem cenários de sucesso e prepararam estratégias, ao aproxima-se uma tarefa difícil.

O modelo HAPA é um modelo híbrido, claramente específico que tem sido definido como um bom preditor de uma vasta gama de comportamentos saudáveis (Schwarzer *et al.*, 2007), na qual se inclui o consumo de fruta, e que pode ser conceptualizado como modelo de estágios, principalmente para fins de intervenção (Schwarzer, 2008b). O modelo HAPA tem sido maioritariamente utilizado como um modelo de comportamento em saúde, mais direcionado para pessoas com mais idade, do que para indivíduos mais jovens (Renner, Spivak, Kwon e Schwarzer, 2007).

Para o desenvolvimento deste trabalho serve como referência o *Marketing Social* e o modelo HAPA, de forma a verificar quais os fatores determinantes que afetam o comportamento, para o consumo de fruta por parte dos adolescentes. Optou-se pela utilização do modelo HAPA, porque para além de se tratar de um dos modelos comportamentais mais recentes dos últimos anos, também foi desenvolvido para colmatar algumas lacunas de outros modelos que existiam anteriormente. Este modelo já foi utilizado em alguns estudos para analisar o consumo de fruta e vegetais, mas maioritariamente é utilizado em estudos com adultos, constituindo um desafio aplica-lo em adolescentes.

## **2.5. Fatores influenciadores no consumo de fruta**

Sousa (2011) refere que o uso de medidas para a prevenção do aumento de peso excessivo em crianças e adolescentes com peso normal, ou a redução de peso em jovens obesos é de extrema importância. A autora defende que as crianças e adolescentes com pré-obesidade e obesidade, não devem ser hostilizadas e consideradas como diferentes dos restantes jovens, tanto no seio familiar como na escola. A WHO (2000) reforça que é importante generalizar nas famílias o conhecimento da importância e necessidade de estilos de vida saudáveis, sem sugerir que o principal objetivo é a perda de peso. As intervenções a nível da educação nutricional, verdadeiramente efetivas, são aquelas que parecem aumentar a valorização da saúde e estão relacionadas com a alimentação, aumentando pensamentos críticos e competências, ao mesmo tempo que fornecem ferramentas para a alteração de comportamentos (American Dietical Association, 2006). A educação alimentar é fundamental, para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, ao longo da vida, e para a aquisição de comportamentos saudáveis (Pérez-Rodrigo e Aranceta, 2003).

De acordo com Vereecken, Bobelijm e Maes (2005), o indivíduo começa a desenvolver e adquirir as suas preferências e hábitos alimentares no contexto escolar, em conjunto com os *media*. Pérez-Rodrigo e Aranceta (2003) acrescentam que com a idade há um aumento de autonomia nas próprias escolhas alimentares, sendo que na adolescência, os amigos têm uma grande influência no desenvolvimento de hábitos alimentares e estilos de vida. Para Bauer, Larson, Nelson, Story e Neumark-Sztaiber (2009), este aumento de autonomia e convívio potencia o aumento do consumo de alimentos nutricionalmente desequilibrados, sendo mais comum nos períodos de transição durante a adolescência.

Morais (2011) acrescenta que atualmente, vivemos numa sociedade caracterizada pela importância crescente e visível dos *media*, sendo incontornável a presença dos meios de comunicação em todos os contextos do quotidiano social, como meios de cultura, formação e de transmissão de ideologias e valores. Para o autor, também a vida dos jovens é, desde cedo, marcada pelo crescimento num ecossistema mediático, em concorrência com a família e a escola, convivendo diariamente e sofrendo influências, diretas ou indiretas, das revistas, rádio, televisão e Internet®. Segundo McNeal (1992, *apud* Alves, 2001), as estratégias de *marketing* direcionadas a jovens são mais eficientes quando integradas com outras estratégias de comunicação, sendo que a publicidade com celebridades tem um grande impacto sobre

este público-alvo. De acordo com Boynton-Jarret, Thomas, Peterson, Wiecha, Sobol e Gortmaker (2003); Utter, Neumark-Sztainer, Jeffery e Story (2003) e Yannakoulia, Karayiannis, Terzidou, Kokkevi e Sidossis (2004) existe uma associação entre o aumento de horas em que os jovens vêem televisão e a diminuição do consumo de fruta. Segundo o estudo conduzido por Krolner *et al.* (2011), a maioria das crianças referiu não ter visto nenhuma publicidade a fruta, logo a influência dos *media* é apenas referente à promoção competitiva de alimentos pouco saudáveis. Contudo esta influência não foi discutida em nenhum estudo europeu. Pham, Harrison e Kagawa-Singer (2007) relatam que as crianças não consideraram que quando estivessem com os amigos, ou a ver televisão, fosse o momento oportuno para comer fruta, mas ressaltaram que iriam consumir mais fruta, se pudessem comer nessas duas situações. De acordo com Fitzgerald, Bunde-Birouste e Webster (2009), as publicidades comerciais a alimentos pouco saudáveis e *fast food* são consideradas como barreiras ao consumo de fruta. No estudo de Cullen, Thompson, Watson e Nicklas (2005) os estudantes afirmaram que gostavam do formato divertido das mensagens de *marketing* para a promoção de fruta, bem como celebridades do mundo desportivo.

Contento (2011) menciona que a biologia e as experiências pessoais com a alimentação, não são as únicas variáveis que influenciam o consumo alimentar, e que as pessoas desenvolvem também perceções, expectativas e sentimentos sobre a alimentação. Segundo a autora, estas perceções, atitudes, crenças, valores e emoções são todos poderosos determinantes na escolha dos alimentos e no comportamento alimentar diário, ao mesmo tempo que existem interações com outras pessoas no meio social.

Segundo Anderson-Bill, Winett e Wojcik (2011), as intervenções com base em teorias são mais eficazes do que as abordagens sem base teórica. Para Glanz e Rimes (2005, *apud* Luca e Suggs, 2013), a pesquisa social e de comportamento, relativamente às teorias em campanhas de saúde, constituem estruturas valiosas para o desenho e avaliação de intervenções. Compreender o processo de como as diferentes variáveis influenciam o comportamento é importante para que intervenções eficazes sejam desenvolvidas e implementadas, tendo em vista o facto de potenciar alterações comportamentais (Baranowski, Anderson e Carmack, 1998).

Com o aumento da obesidade, Bandura (1997, *apud* Anderson-Bill, Winett e Wojcik, 2007) afirma haver necessidade de um maior conhecimento, novas capacidades, maior confiança e auto-eficácia capazes de promover modificações tão emergentes face a esta epidemia. O autor sugere que estes fatores permitirão reunir forças para monitorizar e manter hábitos saudáveis, ao mesmo tempo que contribuem para intervenções mais eficazes. A alteração de comportamentos para Bandura (1997, *apud* Anderson-Bill, Winett e Wojcik, 2007) requer uma modificação regular do desempenho dos comportamentos dos familiares, reforçando que a confiança individual permite fazer escolhas saudáveis. Este autor afirma que a confiança individual serve como incentivo ou desincentivo, para a escolha de alimentos mais saudáveis. Segundo estudos de Anderson-Bill, Winett e Wojcik (2000) e Luszczynska, Gibbons e Piko, (2004) a auto-eficácia de ação está associada a padrões de alimentação saudável, e

em particular com a fruta (Brug, Lechner e De Vries, 1995; De Bourdeaudhuij e Van Oost, 2000; Young, Fors, Fasha e Hayes, 2004; Bere e Klepp 2004; 2005 e Luszczynska, Tryburcy e Schwarzer, 2007). Contrariamente, Resnicow, Davis-Hearn, Smith, Baranowski, Lin, Baranowski, Doyle e Wang (1997) e Neumark-Sztainer *et al.* (2003b) mencionaram não existir associação na relação mencionada anteriormente. No estudo realizado por Anderson-Bill, Winett e Wojcik (2007) os participantes com maior confiança na sua capacidade em realizar escolhas saudáveis apresentavam valores mais baixos a nível do consumo de gordura e mais elevados no consumo de fruta, fibra e vegetais.

Também a perceção de risco desempenha um papel fundamental em programas de intervenção comportamental, que tentam fazer com que os adolescentes reconheçam a sua própria vulnerabilidade a resultados menos positivos, sendo que a capacidade de avaliar os riscos também é considerada como um elemento essencial para a tomada de decisão (Millstein e Halpern-Felsher, 2001). Para os autores, os adolescentes são geralmente reconhecidos como sendo incapazes de avaliar o risco de forma adequada, visto terem fortes crenças na sua invulnerabilidade aos danos. O interesse na perceção de risco e vulnerabilidade dos adolescentes é motivado pelo desejo de entender o porquê dos jovens se envolverem em determinados comportamentos potencialmente ameaçadores, tendo como finalidade atuar em intervenções preventivas. Segundo Greening, Stoppelbein, Chandler e Elkin (2005), os adolescentes são propensos a um otimismo irrealista, tendendo a pensar que são únicos, não sendo vulneráveis a riscos de saúde, como a pessoa comum. De acordo com Bica, Cunha, Costa, Rodrigues, Santos e Montero (2012) e Monge-Rojas, Garita, Sánchez e Muñoz (2005), a própria onipotência existente na adolescência e a forma de pensar dos jovens, que é orientada para o aqui e agora, focando-se nos benefícios de uma alimentação a longo prazo e não a curto, pode vir a ser uma estratégia futura prejudicial. Segundo Contento (2011) e Fertman e Allensworth (2010), se um indivíduo acreditar que é suscetível a uma doença e que esta é suficientemente grave para o motivar a mudar, este terá uma maior probabilidade de tomar medidas para alterar o comportamento. De acordo com o estudo de Kim, Ahn e No (2012), aplicado em estudantes universitários, conclui-se que apesar do estudo propor que a perceção da gravidade da doença, possa ter efeito sobre a intenção para comportamentos nutricionais saudáveis, o estudo acabou por não conseguir obter um resultado significativo dentro da população. Intervenções em saúde que se focam no despertar o medo da doença, aumentando a perceção da vulnerabilidade do indivíduo são menos eficazes, do que as intervenções que aumentam a crença na eficácia pessoal (Ruiter, Abraham e Kok, 2001).

Para Ford, Ahluwalia e Galuska (2000), Steptoe, Perkins-Porras, Rink, Hilton, e Cappuccio (2004); Anderson-Bill, Winett e Wojcik (2007; 2011) e Poddar *et al.* (2012), o suporte de hábitos alimentares saudáveis a partir da família e de amigos, está associado a melhores comportamentos alimentares, influenciando a auto-eficácia de cada indivíduo, visto que ao receber mais apoio, os indivíduos tornam-se mais propensos, para aumentar as crenças de auto-eficácia (Schwarzer e Knoll, 2007). De acordo com De Bourdeaudhuij e Van Oost

(2000), Neumark-Sztainer *et al.* (2003b) e Young *et al.* (2004) existe associação entre o suporte parental para hábitos alimentares saudáveis e o consumo de fruta. No que diz respeito aos amigos, o consumo de fruta por parte destes, leva a uma maior ingestão de fruta por parte dos adolescentes (Woodward, Boon, Cumming, Ball, Williams e Hornsby, 1996 e De Bourdeaudhuij e Van Oost, 2000). Contudo, no estudo desenvolvido por Williams, Woodward, Ball, Cumming, Hornsby e Boon (1993) não foi possível determinar essa associação. De acordo com Mason, Crabtree, Caudill e Topp (2008), o envolvimento da família é um fator-chave para o sucesso na redução do Índice de Massa Corporal ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) em crianças com excesso de peso. Para o Institute of Medicine of the National Academies (2006), a família medeia os padrões alimentares de três formas, ao ser o fornecedor dos alimentos que estão disponíveis e acessíveis em casa; ao determinar a estrutura; o horário e a composição das refeições; e ao transmitir atitudes, preferências e valores que afetam os hábitos alimentares. As influências externas estão também associadas a um maior encorajamento nos comportamentos de auto-eficácia (Anderson-Bil, Winett e Wojcik, 2007; 2011). De acordo com Gillman, Rifas-Shiman, Frazier, Rockett, Junior, Field, Berkey e Colditz (2000), as crianças e adolescentes que fazem as refeições conjuntamente com os familiares, na maioria dos dias da semana possuem uma dieta diária mais saudável. Rasmussen *et al.* (2006) relatam que existe uma associação positiva entre a presença de fruta em casa e o consumo desta pelos jovens. Verificaram também que existe uma associação positiva entre o consumo de fruta e o apoio parental, para ter este hábito saudável. Já a percepção do consumo de fruta, por parte de amigos leva a um consumo deste alimento. Estes investigadores determinaram também que o consumo de fruta é mais baixo em estudantes que frequentam mais vezes o bar, em prol dos que acedem à cantina. Lautenschlager e Smith (2007) mencionam que os pais também influenciam para maus hábitos alimentares ao levar as crianças a restaurantes de *fast food*, ou por terem eles próprios maus hábitos alimentares. De acordo com Gleason e Suitor (2001, *apud* Institute of Medicine of The National Academies, 2006), a alimentação escolar pode ter um grande impacto no consumo alimentar das crianças e adolescentes, sendo que a alimentação diária feita na escola inclui 19 a 50% das calorias diárias totais.

De acordo com Woodward *et al.* (1996); Warwick, McIlveen e Strugnell (1999); Cullen, Eagan, Baranowski, Owens e de Moor (2000); Paulus, Saint-Remy e Jeanjean (2001); Videon e Manning (2003); Vereecken, Maes e Bacquer (2004); Yannakoulia *et al.* (2004) e Vereecken, Bobelijn e Maes (2005) o consumo de fruta diminui com a idade. Contrariamente, Woodward (1986) defende que o consumo de fruta aumenta com a idade. Para Musaiger e Gregory (1992); Neumark-Sztainer, Story, Resnick e Blum (1996); Lytle, Varnell, Murray, Story, Perry, Birnbaum e Kubik (2003); Cullen, Baranowski, Klesges, Watson, Sherwood, Story, Zakeri, Leachman-Slawson e Pratt (2004) e Bell e Swinburn (2004) não existe associação entre a idade com o consumo de fruta.

Para Monge-Rojas (2001) e Wang, Bentley, Zhai e Popkin (2002), o consumo de fruta é mais frequente em adolescentes rurais que adolescentes urbanos. Por sua vez, de acordo

com Shi, Lien, Kumar e Holmboe-Ottesen (2005), não existe associação entre o consumo de fruta e o local habitacional.

A auto-eficácia, especialmente no consumo e aquisição de alimentos, é o determinante mais importante no comportamento nutricional (Anderson-Bill, Winett e Wojcik, 2007). Segundo Bandura (2004), indivíduos com elevada auto-eficácia e com maiores expectativas têm mais probabilidade de implementar estratégias de autoeficácia para adotar e manter, padrões de hábitos saudáveis. De acordo com os estudos realizados por Schwarzer *et al.* (2007), a auto-eficácia e o planeamento foram considerados como preditores proximais em comportamentos de saúde, enquanto a percepção do risco aparece com um fator não muito importante na prevenção de comportamentos de saúde, considerado negligente no contexto do consumo de fruta. Num estudo realizado por Luszczynska, Tryburcy e Schwarzer (2007), conclui-se que a auto-eficácia e o planeamento de ações resultam num aumento no consumo de fruta seis meses após a intervenção. Estes resultados reforçam outros estudos que mostram que as intervenções de planeamento podem ser benéficas, ao encorajar um indivíduo a envolver-se mais frequentemente, utilizando estratégias de planeamento (Luszczynska, 2006), tornando-se um mediador entre a intenção e a ação (Schwarzer, 2008a). Num estudo realizado por Ball, MacFarlane, Crawford e Savige (2009), relativamente a comportamentos alimentares em adolescentes, os seus autores comprovaram que a auto-eficácia é um mediador no consumo de fruta. Por seu lado, Hunter, McNaughton, Crawford e Ball (2010) demonstraram a evidência do efeito mediador do planeamento no consumo de frutas em mulheres. Num estudo realizado por Sniehotta, Scholz e Schwarzer (2006), a melhoria do planeamento de ação e do planeamento de *coping* em pacientes motivados, levou ao aumento da sua atividade física. De acordo com o estudo de Renner e Schwarzer (2005), utilizando o modelo HAPA, foi demonstrado que a auto-eficácia de ação e a auto-eficácia de manutenção diferem nos seus efeitos, relativamente a um comportamento alimentar numa dieta baixa em gordura e rica em vitaminas. A auto-eficácia de ação emerge como um preditor significativo de intenções, enquanto a auto-eficácia de manutenção contribui para a previsão de um consumo de uma dieta baixa em gordura e rica em vitaminas. Para De Bourdeaudhuij e Van Oost (2000) e Lien, Lytle e Komro (2002) existe uma associação entre a intenção e o consumo de fruta. Em contrapartida, Bere e Klepp (2004; 2005) afirmaram que essa associação não existe. Num estudo referente a práticas de exercício físico realizado por Renner *et al.* (2007) verificou-se que a intenção de praticar exercício físico está possivelmente associado com a expectativa de resultado e com a auto-eficácia de ação. Contudo não existe uma relação significativa entre a percepção do risco e a intenção. A prática de atividade física esteve associada com a auto-eficácia de ação, auto-eficácia de manutenção e com o planeamento, mas não com a intenção. Num estudo de Godinho, Alvarez, Lima e Schwarzer (2013b), concluiu-se que a percepção de auto-eficácia e a expectativa de resultados positivos estavam associados, significativa e positivamente com a intenção no consumo de fruta. As investigações relativas ao planeamento de *coping* no consumo de fruta são ainda escassas, embora a antecipação de estratégias para a superação

de barreiras tenham vindo a ser consideradas relevantes, para a manutenção da complexidade da alteração do comportamento (Scholz, Schuz, Ziegelmann, Lippke e Schwarzer, 2008). Contudo, intervenções que incluam explicitamente o planeamento de ação e de *coping* promovem significativamente, o aumento de fruta (Guillaumie, Godin, Manderscheid, Spitz e Muller, 2012). De acordo com estudos de Norman e Conner (2005, Study 1) e Schwarzer *et al.* (2007, Study 4), não foi possível provar o efeito mediador do planeamento entre a intenção e o comportamento, ao contrário de Norman e Conner (2005, Study 2) que provou esse mesmo efeito. Num estudo realizado por Sniehotta, Scholz e Schwarzer (2006) os autores demonstraram que a intervenção, combinando o planeamento de ação com o planeamento de *coping* é mais eficiente na promoção de exercício físico do que a intervenção apenas do planeamento de ação, indicando que o planeamento de *coping* provavelmente atua como proteção do planeamento de ação, relativamente às barreiras que possam surgir. No estudo de Godinho *et al.* (2013b), o papel mediador do planeamento de *coping* entre a intenção e o consumo de fruta foi confirmado.

Relativamente aos indivíduos do género feminino, verifica-se que estes têm uma alimentação mais cuidada, maior autocontrolo e maior auto-eficácia (Anderson-Bill, Winett e Wojcik, 2007). Para Williams *et al.* (1993); Neumark-Sztainer *et al.* (1996); Cullen *et al.* (2000); Paulus, Saint-Remy e Jeanjean (2001); Xie, Gilliland, Li e Rockett (2003); Vereecken, Maes e Bacquer (2004); Yannakoulia *et al.* (2004) e Vereecken, Bobelijn e Maes (2005), as raparigas tendem a consumir maior quantidade de fruta que os rapazes. De acordo com Wardle, Haase, Steptoe, Nillapun e Jonwutiwes (2004) e Gutiérrez-Doña, Lippke, Renner, Kwon e Schwarzer (2009), as práticas alimentares das mulheres são consideradas mais saudáveis do que a dos homens, porque tendem a consumir mais frutas e vegetais, menos carne vermelha e estão mais frequentemente inclinadas a fazer mudanças na dieta, mais atentas ao controlo de peso e em alimentarem-se de forma mais saudável. Os autores concluíram também que as mulheres parecem ser mais conscientes relativamente à saúde e mais suscetíveis de alterar comportamentos alimentares. Contrariamente, para Musaiger e Gregory (1992) e Monge-Rojas (2001), os rapazes tendem a consumir mais fruta que as raparigas. Num estudo desenvolvido por Renner *et al.* (2008), verificou-se que a auto-eficácia é similar em homens e mulheres no que respeita a uma dieta saudável, no entanto, apenas as mulheres baseiam a sua dieta no planeamento, e este por sua vez é baseado nas intenções, assim sendo, os parâmetros tornam-se pouco significantes nos homens. A intenção é prevista pela auto-eficácia de ação nos dois géneros, mas não existe previsão da expectativa, no que refere a resultados positivos. De acordo com Woodward (1986); Warwick, McIlveen e Strugnell (1999); Lytle *et al.* (2003); Videon e Manning (2003) e Bell e Swinburn (2004) não existe associação entre o género e o consumo de fruta. Evans, Wilson, Buck, Torbett e Williams (2006) referem que as expectativas de resultados diferem no género, enquanto os rapazes se preocupam mais com a prevenção de futuras doenças e com aspetos saúde/exercício físico, as raparigas preocupam-se com perda e controlo de peso.

De entre os vários fatores determinantes para o consumo de fruta nos adolescentes, um dos mais importantes é a frequência com que os jovens consomem refeições (Fischer, Brug, Tak, Yngve e Velde, 2011). Os adolescentes que consomem refeições com maior frequência têm uma maior propensão para a ingestão de frutas. Pelo contrário, os adolescentes que consomem refeições com menos frequência tendem a ingerir menos fruta (Neumark-Sztainer, Hannan, Story, Croll e Perry, 2003a). Para Bowman, Gortmaker, Ebbeling, Pereira e Ludwig (2004) e Taveras, Berkey, Rifas-Shiman, Ludwig, Rockett, Field, Colditz e Gillman (2005) comer mais alimentos de *fast food* está associado a um consumo reduzido, ou por vezes inexistente, de fruta, contrariamente, Neumark-Sztainer *et al.* (2003b) afirmam não existir associação. No estudo de Cullen *et al.* (2005) indicam-se métodos que poderão ser utilizados para promover o consumo de fruta, sendo necessário haver maior variedade deste alimento na escola, criar exposições atrativas, fornecer amostras grátis de fruta e maior publicidade através de cartazes e atividades, que permitam maior interação com este alimento.

De acordo com Molaison, Connell, Stuff, Yadrick e Bogle (2005) o sabor é uma das muitas razões para os jovens não gostarem de fruta. Lautenschlager e Smith (2007) acrescentam que quanto mais cedo, os jovens forem expostos ao sabor deste tipo de alimentos, mais rapidamente irão aceita-lo. A textura da fruta é outro fator importante que influencia o seu consumo (Krolner *et al.*, 2011). Evans *et al.* (2006) mencionam que jovens entre os 10 e os 18 anos rejeitam fruta danificada, imperfeita ou com manchas por serem interpretadas como possíveis sinais de mau sabor ou textura. De acordo com McKinley, Lowis, Robson, Wallace, Morrissey, Moran e Livingstone (2005), as crianças não pensam em fruta com a mesma ocorrência que pensam em chocolates e batatas fritas. No estudo de Cullen *et al.* (2005) os estudantes afirmaram, que gostavam das embalagens com fruta pronta para consumo. Entre os diversos estudos analisados por Krolner *et al.* (2011), as principais expectativas positivas no consumo de fruta por parte das crianças foram: saúde em geral, crescimento (dá mais força, torna-nos mais fortes, ajuda o corpo a crescer e torna-nos mais altos, mais musculo), nutrição e satisfação da fome (contem vitaminas, nutrientes específicos, boas para os olhos e dentes, faz-nos sentir cheios depois de as comer), benefícios cosméticos (bom aspeto, melhora a imagem corporal, melhora a imagem da pele, evita gordura, faz-nos permanecer magros, permite ganhar ou perder peso, faz-nos ter dentes bonitos), melhoria do desempenho e produtividade nos trabalhos escolares e no desporto (combustível para o cérebro, dá energia) e aspetos sensoriais (sabor, doçura, crocante e engraçado de comer). Relativamente às principais expectativas negativas no consumo destes alimentos por parte das crianças, os autores apontam que estes indicaram que vão mais vezes à casa de banho, causam flatulência no estômago, ficam com pedaços do alimento entre os dentes e provocam alergias.

Neumark-Sztainer, Story, Perry e Casey (1999) referem que a conveniência pode ser definida como a facilidade de obter, preparar, transportar e/ou comer fruta. McKinley *et al.* (2005) acrescentam que a falta de conveniência emerge de uma barreira-chave para comer

fruta em várias ocasiões, referindo ainda que as crianças não estão dispostas a sacrificar tempo para comer fruta, mesmo quando gostam dela. O'dea (2003) menciona que no momento de escolher um *snack food* os jovens têm preferência pelos pacotes de comida, prontos para transportar, que não requerem preparação, tais como, os aperitivos salgados, doce, *fast food* e refrigerantes. Neumark-Sztainer *et al.* (1999) adiantam que a fruta de uma maneira geral, é percebida como um *snack food* inconveniente na medida em que não está instantaneamente disponível, e necessitando de ser lavada, seca e descascada. Por outro lado, num estudo com jovens de idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos referiram que vêm a fruta como um *snack food* conveniente, mas que esperam que os pais a cortem para a poder consumir (Hill, Casswell, Maskill, Jones e Wyllie, 1998), sendo este, considerado um fator parental facilitador. McKinley *et al.* (2005) afirmam que os jovens preferem comida de conveniência com a finalidade de poderem dormir mais tempo, e evitarem as filas de espera nos intervalos da escola. Num estudo de Wind, Bobelij, De Bourdeaudhuij, Klepp e Brug (2005), alguns participantes afirmaram que comem mais fruta durante o fim de semana do que durante o período escolar, porque têm mais tempo disponível. Em contrapartida, outros disseram que consomem menos fruta durante o fim de semana, porque têm o tempo muito ocupado, o que faz com que não se lembrem de comer fruta. Em diversos estudos, como refere Krolner *et al.* (2011), a disponibilidade de fruta em casa é um fator importante que influencia o seu consumo, tal como a sua variedade. Bauer, Yang e Austin (2004) referem que os jovens comeriam mais fruta na escola, caso fosse oferecida uma maior variedade dela fresca, e que estivesse de acordo com os seus padrões preferenciais. Muitas crianças levam fruta de casa para a escola, mas não a chegam a comer, porque esta sofreu alterações do seu aspeto durante o transporte (Wind *et al.*, 2005). Relativamente a este assunto, Kubik, Lytle e Fulkerson (2005) mencionam que as crianças poderiam comer mais fruta, se esta estivesse acessível em máquinas de venda na escola.

Relativamente ao preço, os jovens afirmam que não querem desperdiçar o seu dinheiro em novos alimentos ou em fruta porque não é garantido que tenha um sabor agradável, como um chocolate, cujo sabor é garantidamente o mesmo (Khunti, Stone, Sinfield, Pancholi, Walter, Talbot, Farroqi e Davis, 2008). Para os autores, os jovens afirmam que preferem comprar alimentos pouco saudáveis em vez de fruta, porque são mais baratos e saciam, ao eliminarem a sensação de fome.

Zeinstra, Koelen, Kok e Graff (2007) notaram a existência de diferenças relativamente ao consumo de fruta: crianças entre os 4 e os 5 anos pensam que apenas se pode consumir fruta ao almoço e à tarde, enquanto que os pré-adolescentes (com idades entre os 11 e os 12 anos) consideram que a ingestão de fruta poder feita em qualquer altura do dia.

## 2.6. Hipóteses de investigação e modelo de análise

Tendo em consideração o modelo conceptual anteriormente apresentado e a revisão da literatura efetuada poder-se-á agora estabelecer as hipóteses a testar.

De acordo com Luszczynska e Schwarzer (2003) os indivíduos com elevada auto-eficácia de ação imaginam o sucesso, antecipam potenciais resultados de diversas estratégias, e são mais propensos para iniciar um novo comportamento. Segundo estudos de Anderson-Bill, Winett e Wojcik (2000) e Luszczynska, Gibbons e Piko (2004) a auto-eficácia de ação está associada a padrões de alimentação saudável, e em particular com a fruta (Brug, Lechner e De Vries, 1995; De Bourdeaudhuij e Van Oost, 2000; Young *et al.*, 2004; Bere e Klepp, 2004; 2005 e Luszczynska, Tryburcy e Schwarzer, 2007). No estudo realizado por Anderson-Bill, Winett e Wojcik (2007) os participantes com maior confiança na sua capacidade em realizar escolhas saudáveis apresentavam valores mais baixos a nível do consumo de gordura e mais elevados no consumo de fruta, fibra e vegetais. Contrariamente, Resnicow *et al.* (1997) e Neumark-Sztainer *et al.* (2003b) mencionaram não existir associação na relação mencionada anteriormente. Com base nesta informação, formula-se a seguinte hipótese:

**Hipótese 1 ( $H_1$ ):** A auto-eficácia de ação influencia positivamente para o consumo de fruta nos adolescentes.

A perceção da auto-eficácia em conjunto com as expectativas de resultado positivo contribuem substancialmente para a formação de uma intenção (Renner *et al.*, 2008). Num estudo de Renner e Schwarzer (2005), a auto-eficácia de ação emerge como um preditor significativo de intenções. De acordo com Godinho *et al.* (2013b), a perceção de auto-eficácia está associada significativa e positivamente com a intenção no consumo de fruta em adultos. Assim sendo, pretende-se verificar a seguinte hipótese:

**Hipótese 2 ( $H_2$ ):** A auto-eficácia de ação influencia positivamente a intenção para o consumo de fruta em adolescentes.

Para Schwarzer *et al.* (2007) a perceção do risco aparece com um fator não muito importante na prevenção de comportamentos de saúde, considerado negligente no contexto do consumo de fruta. Logo, pretende-se analisar a seguinte hipótese:

**Hipótese 3 ( $H_3$ ):** A perceção do risco não influencia significativamente para o consumo de fruta nos adolescentes.

A perceção do risco não contribui muito para a intenção de um comportamento (Schwarzer e Renner, 2000). Renner *et al.* (2007) concluíram que não existe relação significativa entre a perceção do risco e a intenção. Seguindo esta ideia, formula-se a seguinte hipótese:

**Hipótese 4 ( $H_4$ ):** A percepção do risco não influencia significativamente para a intenção nos adolescentes.

A percepção da auto-eficácia em conjunto com as expectativas de resultado positivo contribuem substancialmente para a formação de uma intenção (Renner *et al.*, 2008). De acordo com um estudo de Godinho *et al.* (2013b), concluiu-se que as expectativas de resultado positivo estão associadas significativamente e positivamente com a intenção no consumo de fruta. A partir desta informação, formula-se a seguinte hipótese:

**Hipótese 5 ( $H_5$ ):** A expectativa do resultado influencia positivamente para a intenção nos adolescentes.

Para Ford, Ahluwalia e Galuska (2000); Steptoe *et al.* (2004); Schwarzer e Knoll (2007), Anderson-Bill, Winett e Wojcik (2007; 2011) e Poddar *et al.* (2012) o suporte de hábitos alimentares saudáveis a partir da família e de amigos está associado a melhores comportamentos alimentares, visto que ao receber mais suporte, os indivíduos tornam-se mais propensos para aumentar as crenças de auto-eficácia. Pérez-Rodrigo e Aranceta (2003) acrescentam que há um aumento de autonomia nas próprias escolhas alimentares, sendo que na adolescência, os amigos têm uma grande influência no desenvolvimento de hábitos alimentares e estilos de vida. De acordo com De Bourdeaudhuij e Van Oost (2000), Neumark-Sztainer *et al.* (2003b) e Young *et al.* (2004) existe associação entre o suporte parental para hábitos alimentares saudáveis e o consumo de fruta. No que diz respeito aos amigos, o consumo de fruta por parte destes, influencia a uma maior ingestão de fruta por parte dos adolescentes (Woodward *et al.*, 1996 e De Bourdeaudhuij e Van Oost, 2000). No estudo de Williams *et al.* (1993) não foi possível determinar do suporte social com a auto-eficácia de ação. Desta forma, formula-se a seguinte hipótese:

**Hipótese 6 ( $H_6$ ):** O suporte social influencia positivamente a auto-eficácia de ação para o consumo de fruta em adolescentes.

A auto-eficácia de ação assume uma forte influência no comportamento, através da auto-eficácia de manutenção (Schwarzer e Renner, 2000). A partir desta informação, verifica-se a seguinte hipótese:

**Hipótese 7 ( $H_7$ ):** A auto-eficácia de ação influencia positivamente a auto-eficácia de manutenção nos adolescentes.

Segundo Sheeran, Webb e Gollwitzer (2005) os efeitos da intervenção de planeamento podem ser moderados pela intenção dos indivíduos. Com base nesta informação, formula-se a seguinte hipótese:

**Hipótese 8 ( $H_8$ ):** A intenção influencia positivamente o planeamento de ação nos adolescentes.

No estudo de Schwarzer e Renner (2000) a intenção assume influência no comportamento de uma dieta rica em vitaminas e baixa em gordura. Para De Bourdeaudhuij e Van Oost (2000); Lien, Lytle e Komro (2002) e Godinho *et al.* (2013b) existe associação entre a intenção e o consumo de fruta. De acordo com um estudo referente a práticas de exercício físico de Renner *et al.* (2007), verificou-se que estas não estão associadas com a intenção. Em contrapartida, Bere e Klepp (2004; 2005) afirmaram que não existe associação entre a intenção e o consumo de fruta. A partir desta informação, formula-se a seguinte hipótese:

**Hipótese 9 ( $H_9$ ):** A intenção influencia positivamente o consumo de fruta em adolescentes.

No estudo de Renner e Schwarzer (2005) a auto-eficácia de manutenção contribui para a previsão de um comportamento de consumo de uma dieta baixa em gordura e rica em vitaminas. Assim, pretende-se verificar a seguinte hipótese:

**Hipótese 10 ( $H_{10}$ ):** A auto-eficácia de manutenção influencia positivamente o consumo de fruta em adolescentes.

O planeamento de ação é um pré-requisito para iniciar novos comportamentos (Lange *et al.*, 2013). Um aumento do planeamento de ação deve levar a uma maior taxa de adoção de um comportamento (Reuter *et al.*, 2010). Ensaio clínico randomizado têm provado que as intervenções de planeamento ajudam a adoção e manutenção de comportamentos de saúde (Luszczynska, Tryburcy e Schwarzer, 2007). Segundo Guillaumie *et al.* (2012), o planeamento de ação promove significativamente o aumento de fruta. De acordo com estudos de Norman e Conner (2005, Study 1) e Schwarzer *et al.* (2007, Study 4), não foi possível provar o efeito mediador do planeamento entre a intenção e o comportamento, ao contrário de Norman e Conner (2005, Study 2) que provou esse mesmo efeito. Desta forma, formula-se a seguinte hipótese:

**Hipótese 11 ( $H_{11}$ ):** O planeamento de ação influencia positivamente o consumo de fruta em adolescentes.

Na Figura 2.1 encontra-se descrito o modelo de análise da proposta de investigação. O modelo inclui três preditores da intenção para o consumo de fruta, na fase motivacional ou pré-intencional (auto-eficácia de ação, expectativas de resultado, perceção de risco), e três preditores referentes ao comportamento para o consumo de fruta na fase volitiva ou pós-intencional (intenção, auto-eficácia de manutenção e o planeamento de ação). Acrescentou-se ao modelo original, proposto pela teoria HAPA, o suporte social como variável

influenciadora da auto-eficácia de ação. Pretende-se com este modelo, averiguar que constructos são determinantes para que haja uma melhoria comportamental no consumo de fruta dos adolescentes.

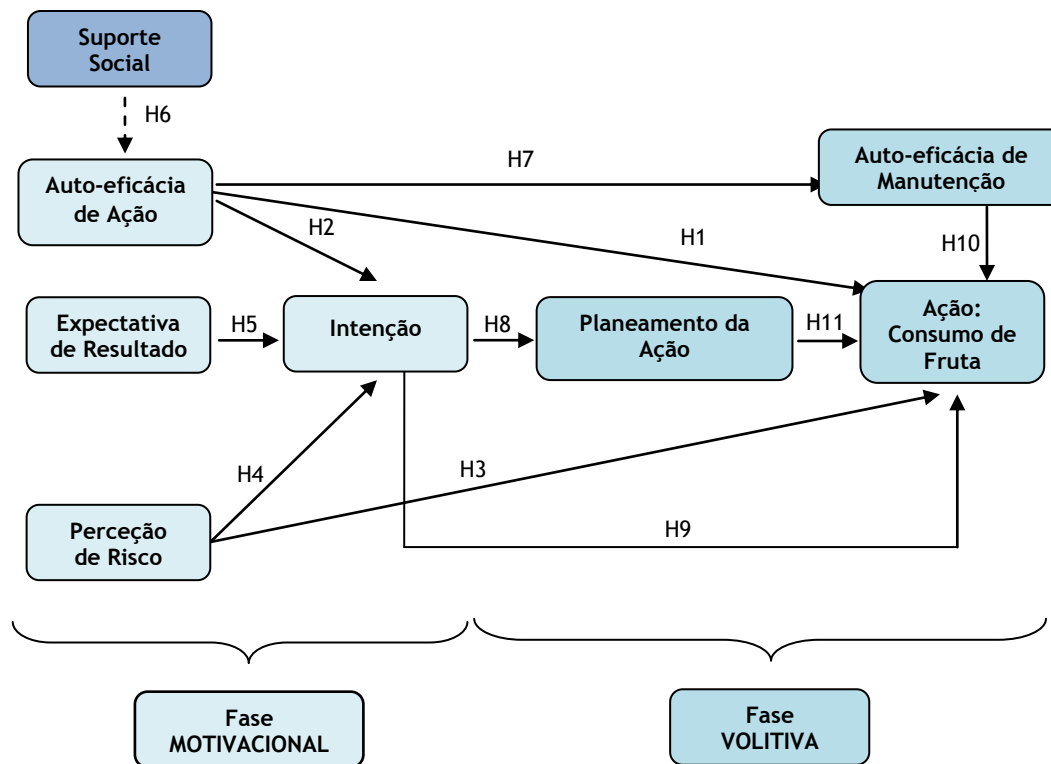


Figura 2.1 - Modelo de análise da investigação.

No que diz respeito ao género, o feminino tem uma melhor alimentação, um maior autocontrolo e uma maior auto-eficácia (Anderson-Bill *et al.*, 2007). Para Williams *et al.* (1993); Neumark-Sztainer *et al.* (1996); Cullen *et al.* (2000); Paulus, Saint-Remy e Jeanjean (2001); Xie *et al.* (2003); Vereecken, Maes e Bacquer (2004); Yannakoulia *et al.* (2004) e Vereecken, Bobelijn e Maes (2005) as raparigas tendem a consumir maior quantidade de fruta que os rapazes. Segundo Wardle *et al.* (2004) e Gutiérrez-Doña *et al.* (2009) as práticas alimentares das mulheres são consideradas mais saudáveis do que a dos homens, porque tendem a consumir mais frutas. Contrariamente, para Musaiger e Gregory (1992) e Monge-Rojas (2001), os rapazes tendem a consumir mais fruta que as raparigas. Renner *et al.* (2008) mostraram que a auto-eficácia é similar em homens e mulheres para uma dieta saudável, no entanto, apenas as mulheres baseiam a sua dieta no planeamento, e este por sua vez é baseado nas intenções, assim sendo, os parâmetros tornam-se pouco significantes nos homens. A intenção é prevista pela auto-eficácia de ação nos dois géneros, mas não existe previsão da expectativa, no que refere a resultados positivos. Evans *et al.* (2006) referem que as expectativas de resultado diferem no género, onde os rapazes se preocupam mais com a prevenção de futuras doenças e nos aspetos saúde/exercício físico e as raparigas com aspetos mais relacionados com perda e controlo de peso. De acordo com Woodward (1986); Warwick, McIlveen e Strugnell (1999); Lytle *et al.* (2003); Videon e Manning (2003) e Bell e Swinburn

(2004) não existe associação entre o género e o consumo de fruta. Desta forma, formula-se a seguinte hipótese:

**Hipótese 12 ( $H_{12}$ ):** O modelo explica melhor o comportamento do consumo de fruta dos adolescentes nas raparigas do que nos rapazes.

De acordo com Woodward *et al.* (1996); Warwick, McIlveen e Strugnell (1999); Cullen *et al.* (2000); Paulus, Saint-Remy e Jeanjean (2001); Videon e Manning (2003); Vereecken, Maes e Bacquer (2004); Yannakoulia *et al.* (2004) e Vereecken, Bobelijn e Maes (2005) o consumo de fruta diminui com a idade. Contrariamente, Woodward (1986) defende que o consumo de fruta aumenta com a idade. Para Musaiger e Gregory (1992); Neumark-Sztainer *et al.* (1996); Lytle *et al.* (2003); Cullen *et al.* (2004) e Bell e Swinburn (2004) não existe associação entre a idade com o consumo de fruta. Assim sendo, formula-se a seguinte hipótese:

**Hipótese 13 ( $H_{13}$ ):** O modelo explica melhor o comportamento do consumo de fruta nos adolescentes mais novos do que nos mais velhos.

De acordo com um estudo conduzido por Proctor *et al.* (2003), as crianças mais expostas a anúncios publicitários parecem ter menor propensão para consumir fruta diariamente, contudo, uma elevada exposição de alimentos saudáveis, pode aumentar o consumo deste tipo de alimentos (Klepp *et al.*, 2007). Logo, pretende-se analisar a seguinte hipótese:

**Hipótese 14 ( $H_{14}$ ):** O modelo consegue explicar melhor o comportamento de resposta dos adolescentes a campanhas publicitárias de incentivo ao consumo de fruta.

Para Monge-Rojas (2001) e Wang *et al.* (2002), o consumo de fruta é mais frequente em adolescentes rurais que adolescentes urbanos. De acordo com Shi *et al.* (2005), não existe associação entre o consumo de fruta e o local onde estudam. Seguindo esta ideia, formula-se a seguinte hipótese:

**Hipótese 15 ( $H_{15}$ ):** O modelo explica melhor o comportamento do consumo de fruta nos adolescentes em meios mais rurais do que nos meios urbanos.

# Capítulo III - Enquadramento metodológico

---

## 3.1. Desenho da investigação

De acordo com a tendência mundial, o aumento da obesidade em Portugal tornou-se um problema cada vez mais preocupante que, nos últimos anos, tem vindo a ser alvo de diversos estudos (Padez *et al.*, 2004; Ferreira, 2010; Sardinha *et al.*, 2011 e Rito *et al.*, 2012) que procuraram analisar diversos aspetos desta problemática. Contudo, como a investigação neste âmbito nunca será suficiente, este estudo pretende contribuir, através da análise de fatores comportamentais determinantes que possam ser importantes no consumo de fruta nos adolescentes e obter respostas quanto à forma como o *marketing* social poderá ajudar para um possível aumento do consumo, podendo assim contribuir para a diminuição desta efemeridade. Neste capítulo, procedeu-se à descrição dos critérios seguidos durante a investigação, assim como, à apresentação das questões orientadoras e dos objetivos que se almejam alcançar.

Na primeira fase da investigação, desenvolveu-se a pesquisa bibliográfica de referenciais teóricos que sustentam o percurso de investigação, constituindo uma primeira análise sobre a problemática, tornando-se, por isso, fundamental para delimitar os objetivos de estudo e definir questões orientadoras. Desta forma, atendendo à natureza da problemática em estudo e à inexistência de informação suficiente sobre a mesma, optou-se pelo recurso a *focus groups*<sup>18</sup> e posteriormente a inquérito por questionário enquanto instrumentos de recolha de informação, necessários para a realização do mesmo.

Dada a natureza do estudo em questão, tornou-se necessário registar os instrumentos de recolha de dados, através da Plataforma de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME)<sup>19</sup> e contactar as escolas, nesse sentido.

## 3.2. Questões de investigação

Como mencionado no capítulo anterior, a obesidade representa uma das patologias mais difíceis de tratar, sendo considerada como o distúrbio nutricional mais frequente em crianças e adolescentes nos países desenvolvidos (Dehgham, Akhtan-Danesh e Merchant, 2005). Neste contexto, a obesidade na infância e adolescência tem vindo a tornar-se num autêntico flagelo, não apenas nos países desenvolvidos, mas também nos países em vias de desenvolvimento (Wang e Lobstein, 2006), encontrando-se fortemente associada ao aumento de morbilidade e mortalidade em crianças e adolescentes (Kirk, Scott e Daniels, 2005). Por estes motivos, torna-se, cada vez mais, necessário a existência de programas e políticas para

---

<sup>18</sup> De acordo com Fertman e Allensworth (2010) é uma técnica qualitativa utilizando um pequeno grupo de indivíduos, para partilhar os seus pontos de vista e experiências sobre um determinado tópico, encorajando a interação entre todos os indivíduos. Para os autores, os indivíduos do grupo devem ter a mesma etnia, género e *status* educacional e económico.

<sup>19</sup> Os inquéritos por questionário e os *focus groups* foram registados na plataforma MIME (<http://mime.gepe.min-edu.pt/>) sob o número 0399300001.

limitar este problema, visto que uma das grandes preocupações com a obesidade na infância e adolescência prende-se com uma provável persistência na idade adulta (Cole, Bellizzi, Flegal e Dietz, 2000).

Os programas de tratamento que visam a redução de peso em crianças e adolescentes acarretam custos elevados e só apresentam, geralmente, resultados a longo prazo (American Dietetic Association, 2006). Devido às importantes repercussões da obesidade na saúde atual e futura das crianças e adolescentes, os esforços devem ser dirigidos a fim de se identificarem estratégias simples e eficazes para a sua prevenção (WHO, 2000). Neste sentido, e no seguimento da pesquisa bibliográfica, foram determinadas as seguintes questões de investigação:

**Questão 1:** Que fatores são determinantes para o consumo de fruta?

**Questão 2:** Quais as estratégias mais viáveis para ultrapassar as barreiras existentes no dia-a-dia do adolescente para conseguir manter a intenção de uma mudança favorável, para o consumo de fruta?

**Questão 3:** De que modo o *marketing* social pode contribuir para as campanhas publicitárias de forma a influenciar favoravelmente a mudança para o consumo de fruta, diminuindo assim a obesidade e os custos a nível de saúde?

### **3.3. Objetivos da investigação**

Tendo em conta as questões supramencionadas, pretendeu-se auscultar adolescentes que frequentem escolas em meios rurais e urbanos, de forma a ter-se acesso a diferentes perspetivas que pudessem influenciar o adolescente, positiva ou negativamente, no que diz respeito ao consumo de fruta. Com esse propósito, definiu-se como objetivo geral:

- determinar os fatores determinantes do comportamento dos adolescentes no consumo de fruta através do modelo HAPA.

No âmbito deste objetivo, pretendeu-se verificar:

- quais as barreiras e estratégias efetivas para um aumento de consumo de fruta,
- se o género, idade, meio rural/urbano e a escolha de determinadas campanhas publicitárias são fatores importantes para o consumo de fruta.

### **3.4. Tipo de estudo**

Segundo Goldenberg, Marsiglia e Gomes (2003), não existe um método de investigação melhor do que outro. De acordo com os autores, o melhor método é sempre aquele que é capaz de conduzir o investigador a alcançar as respostas às suas questões, desenvolver os seus objetivos, *i.e.* explicá-los ou compreendê-los, pelo que o recurso a métodos de análise qualitativos e quantitativos é exequível num mesmo estudo.

Turato (2005) afirma que no campo da saúde tem-se assistido a um crescente aumento de pesquisas de âmbito qualitativos, tornando-se na última década, bem aceites

pelas publicações científicas da área. Morse e Field (1995, *apud* Turato, 2005) definem os métodos qualitativos como “indutivos, holísticos, êmicos, subjetivos e orientados para o processo; usados para compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas a um fenómeno ou a um *setting*” (509) enquanto Berelson (2001, *apud* Markoni e Lakatos, 2011) define o conceito como uma “descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação” (282). Na abordagem qualitativa, de acordo com Dalfovo, Lana e Silveira (2008), o investigador está interessado na interpretação que os próprios participantes têm da situação em estudo, realçando que a subjetividade torna ao mesmo tempo o processo de investigação mais flexível. Para os mesmos os autores, a orientação do estudo é focalizada para o processo e não para o resultado, admitindo-se que o investigador exerce influência sobre a situação de pesquisa sendo também, influenciado por esta. Este método apresenta uma análise descritiva, ou seja, descreve os factos e os acontecimentos à medida que as experiências são observadas. Na abordagem quantitativa, o investigador é independente do fenómeno observado, apresentando uma abordagem objetivista, e para isso, torna-se essencial, que o investigador tenha um controlo sobre as suas opiniões e valores, para que não interfiram nas pessoas a investigar.

Neste estudo transversal, será adotada inicialmente uma abordagem qualitativa, através de três *focus groups*. Num segundo momento privilegiar-se-á uma abordagem quantitativa na análise e discussão dos dados recolhidos através dos questionários aplicados em duas escolas, orientando assim a pesquisa para um resultado generalizável.

### 3.5. População e amostra do estudo

A população em estudo é constituída por jovens de ambos os géneros entre os 15 e os 18 anos de idade. Considerando que na infância os hábitos alimentares são controlados pelos pais, tornou-se pertinente avaliar os jovens adolescentes, uma vez, que esta faixa etária detém de uma maior autonomia.

A amostra de conveniência são alunos da Escola Secundária da Quinta das Palmeiras na Covilhã e do Agrupamento de Escolas Ribeiro Sanches em Penamacor, tornando possível a realização de uma pesquisa, relativa às perceções e opiniões da população estudantil que se inserem em meios urbanos e rurais, relativamente ao tema proposto.

No caso deste estudo, a população que se pretende analisar é composta por um número finito de indivíduos, motivo pelo qual se recorreu à seguinte fórmula (Daniel e Cross, 2013) como base para o cálculo da amostra:

$$n = (N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)) / (Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1))$$

em que  $n$  corresponde à amostra calculada,  $N$  à população total em estudo,  $Z$  à variável normal padrão, associada ao intervalo de confiança,  $p$  à probabilidade da propriedade em estudo se verificar e  $e$  ao erro da amostra. Comparativamente a outros estudos utilizou-se um intervalo de confiança de 95% e considerou-se a inferência com uma probabilidade de erro de 5% (Tabela 3.1).

Tabela 3.1 - Amostra necessária para o estudo.

Dimensão da população <sup>20</sup>	Nível de confiança (%)	95%
	Erro da amostra (%)	5%
92	Alunos do Ensino Secundário do Agrupamento de Escolas Ribeiro Sanches (Penamacor)	75
377	Alunos do Ensino Secundário da Escola Secundária Quinta das Palmeiras (Covilhã)	191
	<b>Amostra necessária (Total)</b>	<b>266</b>

## 3.6. Instrumentos e procedimento de recolha de dados

### 3.6.1. Focus group

De acordo com Litosseliti (2007), os *focus groups* são um método qualitativo que apresentam algumas vantagens, comparativamente com outros métodos de recolha de dados, tais como as entrevistas e a observação participante. Para a autora, os *focus groups* apresentam um ambiente mais natural do que as entrevistas individuais em que os participantes influenciam e são influenciados por outros elementos do grupo, tal como ocorre na vida real, havendo interação entre os participantes. Neste método o número de participantes poderá ser constituído de quatro a doze elementos em que o moderador tem como função, guiar a discussão, utilizando um número cuidadosamente predeterminado de questões, com o mínimo de intervenção, mantendo o grupo focado de forma, a que as questões-chave sejam discutidas, evitando a manipulação e falsos consensos (Litosseliti, 2007). De acordo com Hastings (2007, *apud* Kapetanaki, Brennan e Caraher, 2014), os *focus groups*, são utilizados com o propósito de entender as perceções, motivos, barreiras e necessidades do público-alvo, para os hábitos alimentares.

Ao escolher-se este instrumento de recolha de dados, pretendeu-se determinar a perceção de diferentes opiniões dos adolescentes, aferindo o conteúdo das variáveis do modelo proposto, as barreiras e estratégias existentes no consumo de fruta e que características devem ter as campanhas publicitárias, para obter o aumento de consumo. Para esse efeito, elaborou-se um guião de perguntas, com o objetivo de analisar as variáveis do modelo proposto e atingir os objetivos específicos pretendidos (Anexo 1).

Inicialmente foi solicitada a autorização à Direção-Geral da Educação (Anexo 2), para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados, e após aprovação foi necessário pedir a autorização ao Clube de Basquetebol do Fundão, à Escola Secundária com 3º Ciclo do Fundão e aos encarregados de educação.

Os *focus groups* foram aplicados em dois dias distintos. O primeiro *focus group* realizou-se a 12 de novembro de 2013 à equipa feminina do Clube de Basquetebol do Fundão, tendo sido constituído por onze adolescentes. O segundo e terceiro *focus group* decorreram na Escola Secundária com 3º Ciclo do Fundão, a um grupo do ensino profissional e outro grupo do ensino regular, ambos compostos por 9 adolescentes, a 13 de dezembro de 2013.

<sup>20</sup> De acordo com os dados obtidos pela Direção Geral de Estatística da Educação e Ciência.

Em todos os *focus groups*, as entrevistas foram efetuadas pela investigadora, numa sala sem qualquer tipo de interferência exterior e toda a informação recolhida foi anotada em papel e lápis, por determinação da Direção-Geral da Educação aquando, o pedido de autorização. Os *focus groups* iniciaram-se com uma conversa entre a investigadora e os jovens de forma a ser estabelecido um ambiente de confiança e descontraído. Procedeu-se à explicação da natureza da investigação e dos seus propósitos, tendo sido referido que não haveria respostas certas nem erradas, e que se pretendia recolher apenas as suas opiniões sinceras relativamente ao tema. De uma forma geral, os *focus groups* duraram aproximadamente 60 minutos. Depois de recolhidos os dados dos *focus groups*, estes foram transcritos (Anexo 3, Anexo 4 e Anexo 5) e posteriormente realizou-se a análise de conteúdo (Anexo 6). Contudo, estando cientes de que a análise do conteúdo dos *focus groups* não pode ser inferida para a população, utilizou-se como um complemento, para o verificado na análise estatística.

Para confirmar as questões realizadas nos *focus groups* e para testar o modelo proposto elaborou-se um inquérito por questionário.

### 3.6.2. Inquérito por questionário

De acordo com os objetivos previamente definidos, procedeu-se à elaboração do inquérito por questionário (Anexo 7), tendo sido aplicado, como anteriormente referido, a alunos do 10º ao 12º<sup>21</sup> ano do ensino público português.

Uma das principais preocupações aquando da elaboração deste instrumento de recolha de dados é a clareza e simplicidade gráfica do questionário, assim como a sua extensão. Incluiu-se uma nota introdutória de modo a esclarecer os inquiridos quanto à natureza, objetivos e contexto em que foi elaborada, assim como, a indicação da instituição de ensino superior onde a investigação foi desenvolvida. Garantiu-se também, o anonimato dos participantes e a exclusividade dos dados, para a finalidade a que se destina o inquérito. Adicionaram-se informações relativas à forma de preenchimento e alertou-se para a inexistência de perguntas certas ou erradas para que os inquiridos se sentissem à vontade ao responderem às questões colocadas. Todas as questões foram acompanhadas por instruções relativas ao preenchimento e ao número máximo de respostas que poderiam ser dadas, quando confrontados com perguntas de escolha múltipla. As questões apareceram acompanhadas por opções de resposta, e sempre que necessário, de uma opção em aberto para que os inquiridos pudessem responder livremente. Cada pergunta do inquérito foi baseada em escalas já validadas noutros estudos, de forma a testar o modelo proposto e analisar as variáveis que o constituem. A Tabela 3.2 apresenta cada autor a que se recorreu, bem como o grau de fiabilidade de cada escala.

---

<sup>21</sup> Optou-se por esta faixa etária, pelo facto de terem uma melhor capacidade de expressão das suas opiniões.

Tabela 3.2 - Escalas validadas utilizadas no inquérito por questionário aplicado aos adolescentes da Escola Secundária Quinta das Palmeiras e do Agrupamento de Escolas Ribeiro Sanches.

Variável	Exemplo de item <sup>22</sup>	Item <sup>23</sup>	Escala de resposta	A
Perceção do Risco: vulnerabilidade (Perloff e Fetzer, 1986) gravidade (Rosenstock, 1974)	Qual a probabilidade de poderes vir a ter uma doença relacionada com a obesidade? Na tua opinião, qual a gravidade da obesidade?	2	Extremamente Improvável (1) a Extremamente Provável (7)	.79
			Nada Grave (1) a Muito Grave (7)	n.d. <sup>24</sup>
Consumo (Luszczynska, Tryburcy e Schwarzer, 2007)	Relativamente às duas ultimas semanas, quantas vezes comeste uma porção de fruta?	1	Nunca, Uma vez por semana, Algumas vezes por semana, Uma vez por dia, Duas vezes por dia, Três vezes por dia e Mais de três vezes por dia	n.d.
		2 <sup>25</sup>		
Espectativas de Resultado (Godinho, Alvarez e Lima, 2013a)	Na tua opinião quais são ou seriam os benefícios/consequências de comer fruta diariamente?	16	Discordo Totalmente (1) a Concordo Totalmente (7)	.76
Planeamento de Ação (Schwarzer <i>et al.</i> , 2007)	Algumas pessoas gostariam de melhorar os seus hábitos alimentares consumindo fruta diariamente, enquanto outras não. E tu?	3	Discordo Totalmente (1) a Concordo Totalmente (7) <sup>26</sup>	.79
Planeamento de Coping - Barreiras (Godinho, Alvarez e Lima, 2013a)	Até que ponto cada uma das seguintes questões dificultam ou dificultariam o consumo diário de fruta?	11	Não é todo difícil (1) a Torna-se muito mais fácil (7)	.86
Planeamento de Coping - Estratégias (Godinho, Alvarez e Lima, 2013a)	Segundo a tua opinião, quais as estratégias que achas mais eficazes para a melhoria do consumo de fruta?	10	Nada Importante (1) a Muito Importante (7)	.86
Suporte Social (Sallis, Grossman, Pinski, Patterson e Nader, 1987)	Relativamente aos teus familiares e amigos, nos últimos três meses, como é que eles te influenciaram no hábito de consumir fruta diariamente?	9	Discordo Totalmente (1) a Concordo Totalmente (7) <sup>27</sup>	Amigos (.80 a .87) Familiares (.83 a .87)
Auto-eficácia de Ação (Godinho <i>et al.</i> , 2013b)	Algumas pessoas sentem que é difícil consumir fruta diariamente, enquanto outras acham que é mais fácil. E tu?	4	Discordo Totalmente (1) a Concordo Totalmente (7)	.87
Auto-eficácia de Manutenção (Luszczynska e Schwarzer, 2003)	Depois de começar a consumir fruta diariamente é importante manter este hábito ao longo do tempo. Sentes-te com capacidade de manter este hábito?	4	Discordo Totalmente (1) a Concordo Totalmente (7)	.77
Intenção (Godinho <i>et al.</i> , 2013b)	Durante a próxima semana, qual a tua intenção de consumir diariamente fruta?	3	Discordo Totalmente (1) a Concordo Totalmente (7)	.95
Campanhas Publicitárias	<i>Nota:</i> Todos os itens desta secção foram de elaboração própria tendo como suporte os dados obtidos através dos <i>focus groups</i>			

<sup>22</sup> Todos os itens foram traduzidos de inglês para português, adaptados à população e ao problema em estudo.

<sup>23</sup> O número de itens utilizados foi adaptado à população e ao problema em estudo.

<sup>24</sup> n.d. - Não disponível.

<sup>25</sup> Duas questões referentes ao consumo no questionário por inquérito foram efetuadas por elaboração própria tendo como suporte os dados obtidos através dos *focus groups*.

<sup>26</sup> Adaptada de uma escala de 4 pontos.

<sup>27</sup> Adaptada de uma escala de 5 pontos.

Após a elaboração do inquérito por questionário, procedeu-se à sua aplicação a uma pequena percentagem de inquiridos, pertencentes a cada um dos grupos em análise, numa escola no conselho do Fundão<sup>28</sup>. Esta primeira aplicação visou testar o instrumento a ser utilizado, permitindo verificar a existência de possíveis falhas, assim como, a inconsistência ou complexidade das questões, a existência de perguntas supérfluas e se as mesmas eram muito numerosas. Além disso, o pré-teste possibilitou observar se, independentemente da pessoa que o aplicasse, os resultados eram sempre semelhantes, os dados necessários, o vocabulário acessível e o seu significado claro. Tendo-se detetado falhas a nível estrutural e de interpretação das questões, procedeu-se à reformulação do inquérito por questionário utilizando uma linguagem mais simples e direta. Devido às falhas detetadas no primeiro pré-teste, optou-se por se proceder a nova verificação. Após a aplicação de um segundo pré-teste a uma amostra semelhante à primeira, mas composta por outros indivíduos embora apresentando as mesmas características dos anteriores, não foram detetadas quaisquer falhas, pelo que se procedeu ao seu registo e solicitação de autorização, para a sua aplicação em meio escolar.

Depois de terem sido efetuados os pré-testes, foi necessário solicitar a autorização para a aplicação do inquérito, à Direção-Geral de Educação, tal como dos *focus groups*. Após aprovação, foi solicitada à Escola Secundária Quinta das Palmeiras e ao Agrupamento de Escolas Ribeiro Sanches a sua aplicação e posteriormente aos encarregados de educação dos alunos dos referidos anos letivos supramencionados. A aplicação do inquérito procedeu-se em formato papel, durante o segundo período do ano letivo 2013/2014. Apesar de cientes da importância da presença da investigadora aquando da aplicação dos inquéritos por questionário, a Escola Secundária Quinta das Palmeiras considerou que seria mais vantajoso para todos que fossem os diretores de turma ou os professores responsáveis a aplicar os inquéritos. Todavia, no Agrupamento de Escolas Ribeiro Sanches a investigadora esteve presente no momento da aplicação dos questionários, tendo explicado os objetivos, assim como resolvido alguma dúvidas ocasionais.

Em suma, é possível referir que os dois instrumentos de recolha de dados se complementam na persecução dos objetivos delineados, permitindo fazer uma análise mais profunda das variáveis do modelo. A síntese dos objetivos de ambos os instrumentos apresenta-se na Tabela 3.3.

---

<sup>28</sup> O pré-teste deve ser aplicado em populações com características semelhantes às da população que se pretende estudar mas nunca naquela que participará de forma direta na investigação. Para que se obtivessem resultados válidos e que dessem uma ideia dos resultados finais, solicitou-se a colaboração da direção da escola que delegou nos professores titulares e Diretores de Turma do 10º ao 12º ano, a aplicação dos mesmos.

Tabela 3.3 - Síntese dos objetivos do inquérito por questionário e dos *focus groups* aplicados aos adolescentes do estudo.

Categories	Objetivos	Questões do questionário	Questões do Focus Group
Caracterização da amostra	- Caracterizar a amostra em termos a que a escola pertence, idade, género, ano de frequência	QA, QB, QC, QD	—
Perceção de risco	- Verificar que perceção os adolescentes têm sobre o risco de virem a sofrer de uma doença relacionada com a obesidade, bem como a sua gravidade	QE, QF	Q1, Q2
Consumo de fruta	- Determinar a quantidade de fruta que ingerem diariamente e em que altura do dia - Determinar o tipo de alimentos que consomem ao lanche diariamente	QG, QH, QQ	Q22
Expectativas de resultado	- Determinar que expectativas os adolescentes têm sobre quais são ou seriam os benefícios ou consequências de comer fruta diariamente	QI	Q3
Planeamento de ação	- Determinar se os adolescentes transformam a sua intenção de consumir fruta numa ação (consumo), tendo em conta, “quando”, “onde” e “como”	QJ	—
Planeamento de coping: Barreiras	- Verificar quais as barreiras que dificultam o consumo diário de fruta por parte dos adolescentes	QK	Q4
Planeamento de coping: Estratégias	-Verificar quais as estratégias utilizadas pelos adolescentes para ultrapassar as barreiras existentes para o consumo diário de fruta	QL	Q5
Suporte social	- Determinar o tipo de influência os familiares e amigos exercem sobre os adolescentes, no consumo diário de fruta	QM	Q7, Q8, Q9, Q10, Q11, Q12, Q13, Q14, Q15, Q16
Auto-eficácia da ação	- Verificar se os adolescentes possuem convicção individual sobre as suas capacidades para o consumo de fruta diário	QN	—
Auto-eficácia de manutenção	- Verificar se os adolescentes possuem uma convicção otimista da sua própria capacidade para lidar com as barreiras que impedem o consumo de fruta, que podem surgir no período de manutenção	QO	Q6
Intenção	- Verificar a intenção que os adolescentes têm para consumir fruta diariamente	QP	—
Campanhas publicitárias	- Determinar que tipo de influência as campanhas publicitárias têm sobre o consumo de fruta	QR, QR1, QR2, QR3, QR4, QR5, QR6, QR7	Q17, Q18, Q19, Q20, Q21

### 3.7. Tratamento de dados

Os inquéritos por questionário foram analisados pelo *software IBM SPSS Statistics® - Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21.0.0 e pelo *SmartPLS®* versão 2.0 M3,

através dos quais se realizaram análises descritivas, correlacionais e inferenciais. O modelo de análise foi testado com recurso a equações estruturais. As questões com sentido negativo, colocadas no inquérito por questionário, foram invertidas na base de dados, para que fossem tratadas da mesma forma a nível estatístico, permitindo também uma maior facilidade na interpretação.

Relativamente aos *focus groups*, e às questões de resposta abertas, estes foram tratados através da análise de conteúdo com recurso ao *software QSR NVIVO®* versão 8.0.

*Fatores comportamentais determinantes no consumo de fruta nos adolescentes  
Características das campanhas publicitárias para um possível aumento de consumo*

# Capítulo IV - Apresentação e discussão dos resultados

---

Após a exposição da metodologia utilizada neste estudo, torna-se pertinente a apresentação e discussão dos resultados obtidos, através da análise de frequências e da aplicação dos testes estatísticos, necessários para alcançar os objetivos pretendidos e testar as hipóteses formuladas.

No contexto deste estudo, procedeu-se à recolha de dados de natureza quantitativa e qualitativa, cuja análise e resultados serão expostos neste capítulo.

A análise dos dados iniciar-se-á, pela caracterização sociográfica dos respondentes de cada amostra e pela análise das respostas obtidas em cada questão, acompanhadas pela respetiva descrição e, sempre que necessário, por gráficos e tabelas correspondentes. A análise das questões foi elaborada de forma sequencial e através do agrupamento de respostas dentro de uma mesma categoria, bem como a análise do conteúdo dos *focus groups*, no que concerne a cada questão. No final da apresentação de dados relativos a cada uma das questões, apresentou-se a discussão de cada resposta. Na fase seguinte, procedeu-se à apresentação dos dados obtidos referentes às hipóteses em estudo, bem como a sua discussão.

## 4.1. Caracterização do perfil da amostra

O inquérito por questionário foi aplicado na Escola Secundária da Quinta das Palmeiras na Covilhã e no Agrupamento de Escolas Ribeiro Sanches em Penamacor tendo sido respondido por 266 adolescentes ( $n=266$ ), dos quais 197 (74,1%) frequentam a Escola Secundária da Quinta das Palmeiras e 69 (25,9%) o Agrupamento de Escolas Ribeiro Sanches.

Relativamente ao género, 42,1% eram rapazes e 57,9% raparigas, que no momento de aplicação dos questionários frequentavam o 10º ano (47,7%), 11º ano (31,2%) ou o 12º ano (21,1%).

De acordo com o Gráfico 4.1, verifica-se que a distribuição de idades se situa entre os 15 e os 21 anos, sendo a média de idades  $\bar{x} = 16,02$ .

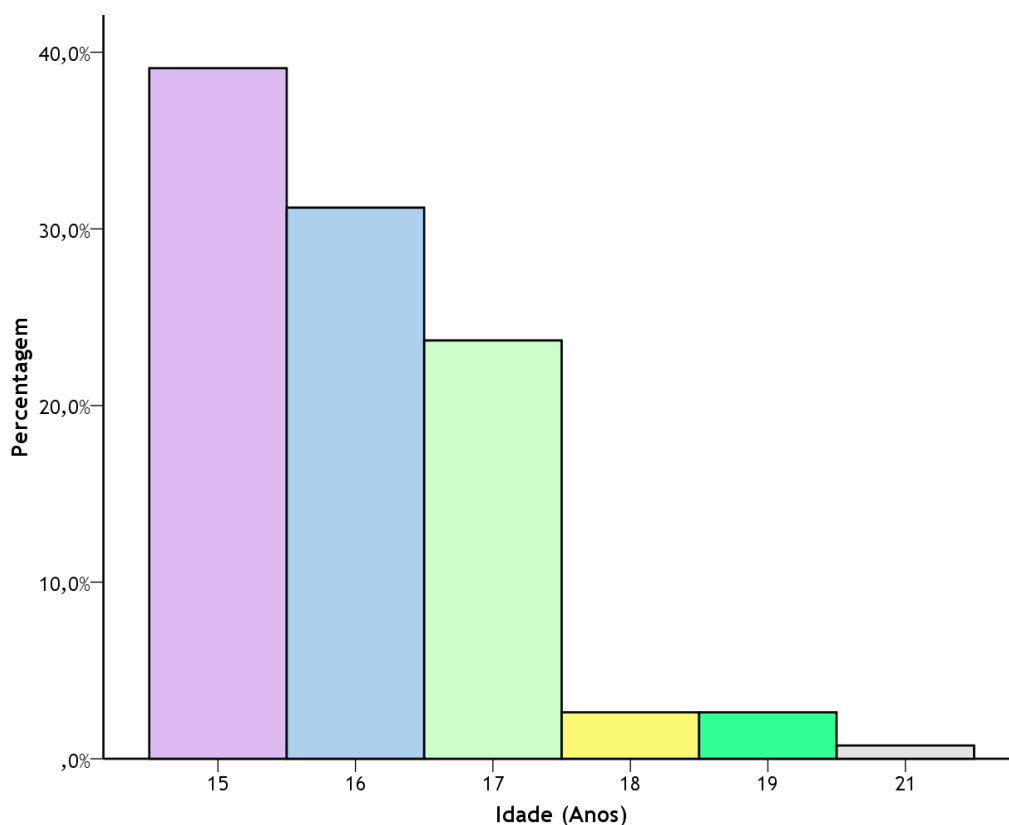


Gráfico 4.1 - Distribuição da idade dos adolescentes no estudo.

## 4.2. Caracterização das variáveis

Após uma breve caracterização da amostra, passar-se-á à análise de cada grupo de questões, referente a cada variável. Os indicadores de cada variável foram medidos em escalas do tipo *Likert* de 7 pontos.

Na Tabela 4.1, encontram-se as respostas relativas à percepção do risco dos adolescentes em relação à obesidade, apresentando uma média de respostas  $\bar{x}=4,37$ . No caso da questão PE1 demonstrou-se que a opinião dos adolescentes relativamente à probabilidade de vir a ter uma doença relacionada com a obesidade é muito baixa ( $\bar{x}=2,52$ ), sendo que as respostas obtidas incidem maioritariamente no valor 1 na escala proposta. Quando questionados relativamente à probabilidade de uma pessoa da mesma idade (questão E2) poder vir a ter problemas relacionados com obesidade, a resposta incide maioritariamente no valor 4 da escala e com uma média de  $\bar{x}=4,50$ . Nos *focus groups*, 11 de 29 adolescentes inquiridos afirmaram que esta probabilidade era muito elevada. Relativamente à percepção da gravidade da doença, os adolescentes referiram tratar-se de uma doença muito grave, com uma média de respostas  $\bar{x}=6,12$ , com uma incidência de respostas no valor 7 da escala. Nos *focus groups* quando questionados sobre a probabilidade de virem a sofrer de obesidade o que alterariam nos hábitos alimentares, 21 dos 29 adolescentes responderam que necessitariam de praticar mais atividade física e 14 dos 29 afirmaram ser necessário ter mais cuidado com a alimentação. A nível dos resultados obtidos, essa falta de autoconsciência a nível da saúde vai

ao encontro aos já anteriormente obtidos por Millstein e Halpern-Felsher (2001); Greening *et al.* (2005); Monge-Rojas *et al.* (2005) e Bica *et al.* (2012), mas a percepção do risco em relação aos outros, apresenta uma média de resultados mais elevada. Relativamente aos *focus groups*, os resultados obtidos contrariam um pouco o resultado da parte quantitativa, provavelmente, por influência de respostas dos outros membros do *focus*.

Tabela 4.1 - Distribuição da média, moda e desvio padrão na questão referente à percepção de risco no inquérito por questionário.

	Percepção de risco (Pergunta E1)	Percepção de risco (Pergunta E2)	Percepção de risco (Pergunta F)
<b>Média</b>	2,52	4,50	6,12
<b>Moda</b>	1	4	7
<b>Desvio Padrão</b>	1,674	1,404	1,055

No que diz respeito à frequência do consumo de fruta, tal como ilustrado no Gráfico 4.2, os adolescentes apresentam uma média de respostas  $\bar{x}=4,10$ , ou seja, consomem uma peça de fruta, uma vez por dia. A maior incidência de resposta é referente ao consumo de uma peça de fruta duas vezes por dia (29,7%), sendo a resposta menos significativa nunca comerem fruta (2,6%).

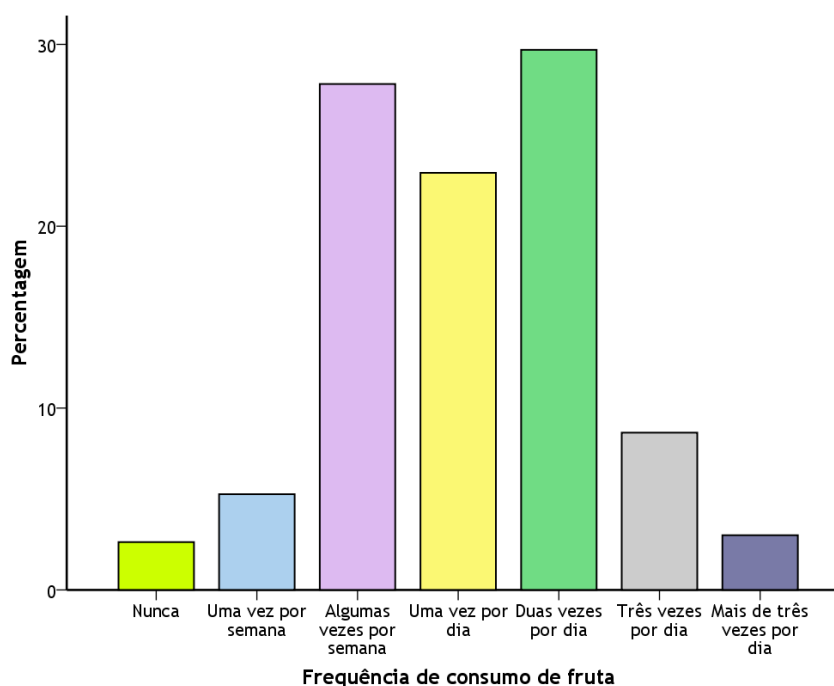


Gráfico 4.2 - Frequência de consumo de fruta relativamente às últimas duas semanas.

Nos *focus groups*, 6 dos 29 adolescentes afirmaram consumir 1 porção de fruta por dia, 5 deles referiram comer 2 ou 3 porções e 4 adolescentes mencionaram que não consomem. Num estudo conduzido por Lazzeri *et al.* (2013), os autores concluíram que a percentagem de adolescentes que indicavam comer fruta diariamente era muito baixa, ao

contrário do nosso estudo em que a média de respostas indica pelo menos uma vez por dia o consumo deste tipo de alimentos.

Em relação à altura do dia em que os adolescentes costumam consumir fruta, tal como demonstrado na Tabela 4.2, a percentagem mais elevada verifica-se ao jantar com 174 alunos a indicar esta refeição (37,0%), seguindo-se o almoço com 36,0%, enquanto a refeição em que ingerem menos fruta é, o meio da manhã (6,4%).

Tabela 4.2 - Distribuição do consumo de fruta por refeição.

		Respostas	
		N	Percentagem
Refeições	Pequeno-almoço	18	3,8%
	Meio da manhã	17	3,6%
	Almoço	169	36,0%
	Meio da tarde	72	15,3%
	Jantar	174	37,0%
	Ceia	20	4,3%
	<b>Total</b>	<b>470</b>	<b>100,0%</b>

Quando questionados relativamente às expectativas de resultado que tinham em relação ao consumo de fruta, foram realizadas 16 questões através das quais se pretendia obter a opinião dos adolescentes relativamente às expectativas, positivas ou negativas, que possuíam em relação ao facto de consumir fruta diariamente (Tabela 4.3). Nesta questão as perguntas PI13, PI14, PI15 e PI16 foram invertidas para ficarem com um sentido positivo, tornando-se assim, mais fáceis de analisar. A média das respostas nesta variável foi de  $\bar{x}=5,03$ . Relativamente às questões que já tinham um sentido positivo (PI1-PI12) a maioria dos alunos deu pontuação máxima (7 na escala), relativamente à melhoria que a fruta proporcionaria à sua saúde ( $\bar{x}=5,95$ ), que preveniriam doenças cardiovasculares ( $\bar{x}=5,56$ ) e que comeriam em menor quantidade outros alimentos pouco saudáveis ( $\bar{x}=4,85$ ). Com um valor de 6 na escala, os adolescentes afirmaram que a fruta os faria sentir-se melhor ( $\bar{x}=5,26$ ). Relativamente às respostas de valor 5, na escala, foi mencionado que através do consumo de fruta preveniriam doenças cancerígenas ( $\bar{x}=4,91$ ), seriam um exemplo para as outras pessoas ( $\bar{x}=4,79$ ), encorajariam a família e os amigos a comer melhor ( $\bar{x}=4,77$ ), e que a fruta os faria perder algum peso corporal ( $\bar{x}=4,61$ ). Em relação às expectativas negativas, ou seja, as questões que foram invertidas, os adolescentes concordaram que a maioria das pessoas não os iriam ridicularizar com o facto de ingerirem estes alimentos ( $\bar{x}=6,38$ ), não seria um sacrifício comer fruta diariamente ( $\bar{x}=5,97$ ), os hábitos alimentares ficariam mais saudáveis por causa destas mudanças ( $\bar{x}=5,00$ ) e que a fruta os faria sentir saciados depois das refeições ( $\bar{x}=4,45$ ). De forma semelhante, nos *focus groups*, os adolescentes realçaram que os benefícios inerentes ao consumo de fruta seriam: uma escolha mais saudável, na medida em que previne doenças, contém vitaminas, contribui para a longevidade, promove a

saciedade, evita o consumo de outro tipo de alimentos nocivos para a saúde e pelo facto de se tratar de uma escolha mais acessível. Em contrapartida, outros jovens afirmaram que a fruta promove pouca saciedade, em excesso é prejudicial e que é necessário ter cuidado com os pesticidas que as frutas possam conter. Os resultados obtidos nesta questão vão de encontro aos já anteriormente encontrados por Krolner *et al.* (2011).

Tabela 4.3 - Distribuição da média, moda e desvio padrão na questão referente à expectativa de resultado no inquérito por questionário.

Expectativa de resultado	Questão	Média	Moda	Desvio Padrão
	I1	5,95	7	1,317
	I2	5,56	7	1,376
	I3	4,79	5	1,545
	I4	5,26	6	1,471
	I5	4,77	5	1,557
	I6	4,71	4	1,693
	I7	4,76	4	1,557
	I8	4,91	5	1,567
	I9	4,85	7	1,863
	I10	4,61	5	1,828
	I11	4,53	4	1,586
	I12	4,14	3	1,887
	I13	4,45	7	1,927
	I14	5,00	7	1,956
	I15	5,97	7	1,667
I16	6,38	7	1,426	

Relativamente ao planeamento de ação (Tabela 4.4), os adolescentes foram questionados se gostariam ou não de melhorar os hábitos alimentares consumindo mais fruta, fazendo planos concretos sobre, quando, onde e como poderiam aumentar esse consumo. A média de respostas é de  $\bar{x}=4,93$ . Nas três questões colocadas obteve-se uma maioria de incidência de respostas no valor de 4 na escala, relativamente ao planeamento de melhoria dos hábitos alimentares.

Tabela 4.4 - Distribuição da média, moda e desvio padrão na questão referente ao planeamento de ação no inquérito por questionário.

	Planeamento de ação (Pergunta J1)	Planeamento de ação (Pergunta J2)	Planeamento de ação (Pergunta J3)
Média	5,00	4,92	4,87
Moda	4	4	4
Desvio Padrão	1,510	1,595	1,580

No que diz respeito às barreiras existentes para o consumo de fruta (Tabela 4.5), esta variável apresenta uma média de respostas de  $\bar{x}=2,99$ . Tal como indica a escala, os adolescentes afirmaram com maior incidência de respostas no valor 4, que a sua vida agitada

dificulta o consumo deste tipo de alimentos e que é difícil encontrar opções que incluam frutas quando comem fora. Afirmaram que quando têm muita fome não lhes apetece comer fruta, com uma maioria de respostas no valor 3 da escala.

Tabela 4.5 - Distribuição da média, moda e desvio padrão na questão referente às barreiras no inquérito por questionário.

	Barreiras (Pergunta K1)	Barreiras (Pergunta K2)	Barreiras (Pergunta K3)	Barreiras (Pergunta K4)	Barreiras (Pergunta K5)	Barreiras (Pergunta K6)	Barreiras (Pergunta K7)	Barreiras (Pergunta K8)	Barreiras (Pergunta K9)	Barreiras (Pergunta K10)	Barreiras (Pergunta K11)
Média	3,41	3,38	3,71	3,28	2,89	2,33	3,06	2,21	2,82	3,09	2,78
Moda	4	4	3	1	1	1	1	1	1	1	1
Desvio Padrão	1,785	1,629	1,913	1,921	1,688	1,777	1,819	1,779	1,777	2,048	1,921

Por outro lado, há determinadas barreiras que os adolescentes consideram menos impeditivas para o consumo de fruta, tais como, o sabor da fruta ( $\bar{x}=2,21$ ), a quantidade de fruta existente em casa ( $\bar{x}=2,33$ ), o odor nas mãos proveniente da ação de descascar determinado tipo de fruta ( $\bar{x}=2,78$ ) e a falta de tempo para consumir fruta ( $\bar{x}=2,89$ ). Nos *focus groups*, relativamente às dificuldades que podem impedir os adolescentes de consumir as porções diárias de fruta, foi referido o descascar a fruta, que a pressa do dia-a-dia os impede, de terem apetite para este alimento, que a fruta existente na cantina, por vezes, tem pouca qualidade, variedade e falta de acessibilidade e focaram a preguiça para ingerir este alimento justificando com o tempo que é necessário para preparar este alimento, afirmando: “*Se for uma fruta, tipo laranja... fico a cheirar mal das mãos [...] demora muito a descascar. Em casa [...] ficamos mais cheias e não nos apetece tanto comer fruta e na escola como a fruta até já se vende cortada, é mais fácil (#9)*”. Estes resultados vão ao encontro, dos anteriormente obtidos por Neumark-Sztainer *et al.* (1999), Molaison *et al.* (2005), De Bourdeaudhuij, Klepp e Brug (2005), Evans *et al.* (2006) e Krolner *et al.* (2011). O’dea (2003) acrescentam, que a fruta, pelas barreiras mencionadas anteriormente, é substituída por outros alimentos como os pacotes de aperitivos salgados, doces, *fast food* e refrigerantes.

Na Tabela 4.6, encontram-se as estratégias questionadas aos adolescentes para a melhoria do consumo de fruta com uma média de respostas de  $\bar{x}=5,12$ . Os adolescentes, designaram como melhores estratégias, o facto de ter fruta em casa com uma média de  $\bar{x}=5,91$ , comer fruta variada para não se fartarem ( $\bar{x}=5,74$ ), a aquisição do hábito de consumo de fruta no fim da refeição ( $\bar{x}=5,73$ ), possuir um bom plano alimentar ( $\bar{x}=5,47$ ) e fazer escolhas mais saudáveis que incluam fruta quando comem fora ( $\bar{x}=5,30$ ), sendo estes resultados corroborados pelo estudo de Krolner *et al.* (2011). Os jovens consideraram como estratégias menos eficazes, com um valor de 4 na escala, levar consigo peças de fruta ( $\bar{x}=4,70$ ), ter noção que ao comer fruta gastam menos dinheiro ( $\bar{x}=4,60$ ) e adicionar outros

alimentos à fruta para melhorar a sua aparência e sabor ( $\bar{x}=4,27$ ), sendo estes resultados semelhantes aos obtidos no estudo de Wind *et al.* (2005). Nos *focus groups* foram referidos como estratégias para o consumo de fruta, a força de vontade e compreensão relativamente à gravidade do não consumo deste tipo de alimento. Os adolescentes no decorrente estudo mencionaram com uma média de  $\bar{x}=5,28$  que têm noção que existem maneiras práticas de preparar fruta, o que parece indicar que seria uma boa estratégia, a colocação de fruta pronta a consumir nas máquinas de venda na escola, como reforça Kubik, Lytle e Fulkerson (2005) e também a colocação de fruta cortada no bar como referido nos *focus groups* “[...]terem colocado a fruta cortada no bar é uma boa iniciativa [...] (#3)” ou *Eu acho que poderiam por outras coisas na máquina, porque às vezes temos fome e a fila no bar é grande e se lá colocassem coisas mais saudáveis era melhor(#9)* e “[...] Poderiam por maçãs num cesto no corredor... nem toda a gente tira, mas às vezes as pessoas podem ir lá (#11)”. No que diz respeito à noção de que ao comerem fruta gastam menos dinheiro ( $\bar{x}=4,60$ ), os resultados vão de encontro aos obtidos por Khunti *et al.* (2008).

**Tabela 4.6** - Distribuição da média, moda e desvio padrão na questão referente às estratégias no inquérito por questionário.

	Estratégias (Pergunta L1)	Estratégias (Pergunta L2)	Estratégias (Pergunta L3)	Estratégias (Pergunta L4)	Estratégias (Pergunta L5)	Estratégias (Pergunta L6)	Estratégias (Pergunta L7)	Estratégias (Pergunta L8)	Estratégias (Pergunta L9)	Estratégias (Pergunta L10)
Média	5,30	5,47	5,73	5,28	4,60	4,70	4,25	5,91	5,74	4,22
Moda	7	7	7	7	4	4	4	7	7	6
Desvio Padrão	1,590	1,407	1,407	1,564	1,765	1,725	1,939	1,491	1,510	1,948

Relativamente ao suporte social prestado pelos familiares e amigos aos adolescentes para o hábito do consumo diário de fruta (Tabela 4.7), obteve-se uma média de respostas  $\bar{x}=5,10$ . Nesta questão, as perguntas PM1a, PM1b, PM6a, PM6b, PM7a, PM7b, PM8a, PM9a e PM9b, foram invertidas para o sentido positivo, de maneira, a serem mais facilmente interpretadas. Os adolescentes na maioria das questões afirmaram que os amigos não os influenciam pela positiva nem pela negativa para um consumo de fruta diário. Já os familiares encorajam-nos positivamente, lembrando-os para ingerir fruta diariamente ( $\bar{x}=5,05$ ), alertando-os para quando não estão a fazer um consumo de fruta diário ( $\bar{x}=4,55$ ), ao falarem com eles sobre a melhoria dos seus hábitos alimentares ( $\bar{x}=4,55$ ), ao felicitem-nos por melhorarem os hábitos alimentares ( $\bar{x}=4,38$ ) e ao não os influenciarem negativamente, como se pode constatar nas perguntas de sentido negativo. Estes resultados são corroborados pelos obtidos por Ford, Ahluwalia e Galuska (2000); Gillman *et al.* (2000); De Bourdeaudhuij e Van Oost (2000); Neumark-Sztainer *et al.* (2003b); Steptoe *et al.* (2004); Young *et al.* (2004); Anderson-Bill, Winett e Wojcik (2007; 2011) e Poddar *et al.* (2012) que mostram que a família

exerce uma forte influência para bons hábitos alimentares. Em relação aos *focus groups* os entrevistados afirmaram que a opinião dos outros tem alguma importância sendo a mais importante a dos pais, principalmente, em relação a hábitos saudáveis, realçando que a opinião destes é positiva, mas que a dos amigos nem sempre. Quando questionados relativamente ao tipo de influência por parte da escola, os participantes nos *focus groups* referiram como influência positiva, a existência de fruta cortada no bar, o facto de terem retirado os refrigerantes e chocolates do mesmo e distribuírem refeições saudáveis na cantina. Como influências negativas foi referido, a falta de mais iniciativas para melhoria de hábitos saudáveis, a existência de máquinas para venda de alimentos menos saudáveis e a venda direta destes. Os alunos sugeriram que fossem colocados alimentos mais saudáveis nas máquinas de venda de alimentos, bem como cestas de fruta nos corredores da escola, indicando também, que a cantina poderia ter algumas vezes refeições menos saudáveis para os alunos não terem necessidade de comer fora do recinto escolar durante o almoço, referindo ainda que os preços dos alimentos mais saudáveis poderiam ser mais acessíveis, tal como referido por Monge-Rojas *et al.* (2005). Woodward *et al.* (1996) e De Bourdeaudhuij e Van Oost (2000) acrescentam que o consumo de fruta por parte dos amigos leva ao consumo deste alimento por parte dos jovens, tal como reforçado por Pérez-Rodrigo e Araceta (2003) que afirmam que os amigos possuem uma grande influência no desenvolvimento de hábitos saudáveis.

Tabela 4.7 - Distribuição da média, moda e desvio padrão na questão referente ao suporte social no inquérito por questionário.

	Questão	Média	Moda	Desvio Padrão
Suporte social	M1a	6,33	6	1,626
	M1b	6,58	6	1,033
	M2a	4,55	7	2,108
	M2b	2,76	1	1,839
	M3a	5,05	7	2,089
	M3b	2,33	1	1,707
	M4a	4,38	7	2,212
	M4b	2,58	1	1,900
	M5a	4,55	7	2,305
	M5b	2,07	1	1,620
	M6a	6,32	7	1,547
	M6b	6,53	7	1,214
	M7a	6,27	7	1,562
	M7b	6,44	7	1,206
	M8a	6,60	7	1,200
	M9a	6,74	7	1,005
	M9b	6,71	7	1,006

Comparando com os resultados do presente estudo (Tabela 4.7), a família influencia positivamente o jovem para o consumo diário de fruta. Em contrapartida, os amigos a nível

dos resultados do questionário não parecem influenciar nem pela negativa, nem pela positiva, tal como ocorreu no estudo de Williams *et al.* (1993). Esta situação parece indicar que o facto de estarem numa idade de desenvolvimento de personalidade, os adolescentes não se influenciam uns aos outros, talvez considerando uma atitude não aceitável entre eles. Contudo, a nível dos *focus groups*, os adolescentes frisaram que os amigos nem sempre são boas influências para melhores hábitos alimentares. Nestas situações possivelmente, os adolescentes conseguem influenciar-se de uma maneira menos saudável, sendo que uma das partes não consegue reagir negativamente a esse tipo de alimento com receio de ser criticado ou rejeitado pelo grupo.

No que diz respeito à auto-eficácia de ação para o consumo de fruta diário (Tabela 4.8), com uma média de resposta de  $\bar{x}=5,07$ , os jovens concordam totalmente, com uma maioria de resposta no valor 7 da escala, que acreditam que conseguem consumir fruta diariamente ( $\bar{x}=5,66$ ), mesmo que: tenham de estabelecer um plano alimentar de forma a não se esquecerem de consumir ( $\bar{x}=4,94$ ), tenham de ultrapassar os hábitos de não consumir ( $\bar{x}=4,92$ ) estejam cansados(as) e que não lhe apeteça comer este tipo de alimento ( $\bar{x}=4,76$ ). Bandura (2004) afirma que indivíduos com elevada auto-eficácia têm maior probabilidade de implementar estratégias para adotar e manter hábitos saudáveis. Resultado reforçado pelos estudos de Brug, Lechner e De Vries (1995); De Bourdeaudhuij e Van Oost (2000); Young *et al.* (2004); Bere e Klepp (2004; 2005); Luszczynska, Tryburcy e Schwarzer (2007) e Andreson *et al.* (2007) no qual os participantes com maior confiança na sua capacidade em realizar escolhas mais saudáveis, apresentam valores mais elevados no consumo de fruta. Os resultados do presente estudo demonstram, na opinião dos adolescentes, que estes dispõem de auto-eficácia para adoção de consumo de fruta.

**Tabela 4.8** - Distribuição da média, moda e desvio padrão na questão referente à auto-eficácia de ação no inquérito por questionário.

	Auto-eficácia de Ação (Pergunta N1)	Auto-eficácia de Ação (Pergunta N2)	Auto-eficácia de Ação (Pergunta N3)	Auto-eficácia de Ação (Pergunta N4)
Média	5,66	4,94	4,76	4,92
Moda	7	7	7	7
Desvio Padrão	1,782	1,970	1,964	1,955

Após ter começado a comer fruta diariamente, é importante que os jovens mantenham este hábito ao longo do tempo, daí terem sido questionados sobre a capacidade de manutenção deste hábito (Tabela 4.9), tendo sido alcançada uma média de respostas de  $\bar{x}=4,62$ . Na totalidade das respostas, a maior percentagem dos jovens questionados concordaram totalmente, assinalando maioritariamente as respostas no valor de 7 da escala, indicando que se sentem com capacidade para manter o hábito mesmo que estejam preocupados(as) com outros aspetos da sua vida ( $\bar{x}=4,74$ ), que necessitem de muito tempo para desenvolver rotinas diárias para o consumo de fruta ( $\bar{x}=4,71$ ), mesmo que a

família/amigos não alterem os hábitos alimentares ( $\bar{x}=4,58$ ) e mesmo que tivessem de recomeçar várias vezes até consegui manter o hábito ( $\bar{x}=4,47$ ).

Tabela 4.9 - Distribuição da média, moda e desvio padrão na questão referente à auto-eficácia de manutenção no inquérito por questionário.

	Auto-eficácia de manutenção (Pergunta O1)	Auto-eficácia de manutenção (Pergunta O2)	Auto-eficácia de manutenção (Pergunta O3)	Auto-eficácia de manutenção (Pergunta O4)
Média	4,71	4,47	4,74	4,58
Moda	7	7	7	7
Desvio Padrão	1,924	1,981	1,848	2,060

Quanto aos *focus groups*, 27 dos 29 adolescentes afirmaram que consideram fácil manter o hábito, após ter sido iniciado o consumo de fruta diariamente. Como referido anteriormente por Luszczynska e Schwarzer (2003), a auto-eficácia de manutenção é a capacidade que um indivíduo possui para lidar com as barreiras que possam surgir durante o período de manutenção, sendo que indivíduos com elevada auto-eficácia de manutenção investem um maior esforço e persistem por mais tempo do que aqueles que são menos auto-eficazes. Seguindo o raciocínio destes autores, os adolescentes concordam que possuem uma auto-eficácia de manutenção que lhes permite superar barreiras, a fim de conseguirem manter o hábito do consumo de fruta.

No que concerne à intenção do adolescente para o consumo de fruta diário, (Tabela 4.10) a média de respostas observada foi de  $\bar{x}=4,78$ . Os adolescentes admitiram concordar totalmente, indicando, uma maior incidência de resposta no valor 7 da escala, que no dia da aplicação do inquérito já iriam consumir fruta ( $\bar{x}=5,27$ ), e que iriam consumir fruta desse dia em diante ( $\bar{x}=5,20$ ). Contudo, na última pergunta, a maioria indicou o valor 2 na escala, com uma média de  $\bar{x}=3,88$  apontando que pretendiam consumir um mínimo de três porções diárias de fruta. De acordo com De Bourdeaudhuij e Van Oost (2000); Lien, Lytle e Komro (2002) e Godinho *et al.* (2013b), existe uma correlação entre a intenção e o consumo de fruta. No seguimento do raciocínio de Schwarzer (2008a), a intenção individual para mudar um determinado hábito é o melhor caminho para a mudança de comportamentos, o que prova a nível dos resultados obtidos que os adolescentes possuem uma intenção individual para o consumo diário de fruta, apresentando menores intenções em relação à quantidade (três vezes) de fruta diária.

Tabela 4.10 - Distribuição da média, moda e desvio padrão na questão referente à intenção no inquérito por questionário.

	Intenção (Pergunta P1)	Intenção (Pergunta P2)	Intenção (Pergunta P3)
Média	5,27	5,20	3,88
Moda	7	7	2
Desvio Padrão	2,092	1,985	2,038

Foi solicitado aos adolescentes que nos indicassem que tipo de alimentos/bebidas costumavam consumir no intervalo das refeições. Tal como indicado na Tabela 4.11, a sandes é o alimento mais indicado pelos adolescentes (22,9%), seguido da fruta e das bolachas com 13,5% e 12,9% de respostas respetivamente. Os alimentos/bebidas menos consumidos são os doces (2,0%), o leite com chocolate (1,8%), as barras de cereais (1,4%), os *snacks* (0,8%) os pastéis de carne (0,3%), e as batatas fritas (0,3%). Além disso, 4,4% dos inquiridos afirmaram não consumir nenhum alimento/bebida no intervalo das refeições. Nos intervalos da escola, os participantes nos *focus groups* indicaram os pastéis de carne (16), as sandes (11), bolachas (5), sumos (4) e apenas três alunos, referiram o consumo de fruta. Os adolescentes dos *focus groups* afirmaram que quando se encontram em casa, consomem o que lhes apetece (22), sendo na maioria, chocolates (5), bolachas (4), fruta (4), cereais (4), guloseimas (3) e batatas fritas (3).

Dos jovens que participaram nos *focus groups*, 16 almoçam sempre fora da escola, 5 em casa, e apenas 1 sempre na cantina. Entre os que indicaram já ter comido na escola, a opinião relativa à fraca qualidade da refeição é unânime.

Tabela 4.11 - Caracterização do tipo de alimento/bebida ingerido(a) no intervalo das refeições.

		Respostas	
		N	Percentagem
Alimentos	Sandes	151	22,9%
	Leite	32	4,9%
	Sumo	45	6,8%
	Água	18	2,7%
	Fruta	89	13,5%
	Bolachas	85	12,9%
	logurte	60	9,1%
	Cereais	26	4,0%
	Leite com chocolate	12	1,8%
	Chocolate	35	5,3%
	Bolo	28	4,3%
	Doces	13	2,0%
	Barra de cereais	9	1,4%
	Batatas fritas	2	0,3%
	<i>Snacks</i>	5	0,8%
	<i>Croissant</i>	14	2,1%
	Pastéis de carne	2	0,3%
	Não come	29	4,4%
	Não respondeu	3	0,5%
<b>Total</b>		<b>658</b>	<b>100,0%</b>

### 4.3. Caracterização das campanhas publicitárias

Relativamente às campanhas publicitárias, os jovens dos *focus groups*, quando questionados se recentemente tinham visto nos meios de comunicação alguma campanha relacionada com a promoção de hábitos saudáveis, todos indicaram que não, e depois de um minuto, 18, referiram a publicidade da Compal®. A Compal® Essencial foi a resposta quando questionados sobre campanhas referentes à promoção do consumo de fruta.

Seguidamente foram mostradas seis campanhas publicitárias: Movimento Energia Positiva, Kinder Bueno®, Danup®, Compal® Essencial e Donuts®. Na totalidade, os jovens não se lembram da campanha do Movimento Energia Positiva, tendo sido referido por 11 adolescentes que não era dedicada aos jovens, nem apelativa, sendo que 12 afirmaram que a figura pública do *sketch* não lhes chamava a atenção. No que diz respeito à campanha publicitária do Kinder Bueno®, a totalidade afirmou que ao verem a campanha lhes dá vontade de consumir o produto, sendo que 11 adolescentes relataram que acham a campanha apelativa, divertida e que o facto de ter um desportista é muito interessante. Na campanha Danup®, 18 jovens afirmaram que esta é dirigida à sua idade, e sendo que 11 admitiram que a campanha é “fixe”, tem música para jovens e que é engraçada. Relativamente à campanha da Compal® Essencial, “Já comeste fruta hoje?”, 20 adolescentes caracterizaram-na como tendo piada e como sendo apelativa, mas 12 deles admitiram que era um produto caro, e 11 realçaram ainda que a campanha passa com pouca frequência. Por último, foi apresentada a campanha dos Donuts®, sendo que a totalidade afirmou que dava vontade de consumir o produto, mesmo para 1 dos jovens que não gostava do alimento em questão: 20 adolescentes realçaram que a campanha é apelativa e 12 associaram, sempre o início da publicidade (gráfico de forma redonda) ao produto.

A partir dos resultados obtidos nos *focus groups*, decidiu-se no inquérito por questionário colocar duas imagens de campanhas publicitárias, uma da Kinder Bueno® (Portal do Kinder Bueno, 2011) e outra da Compal® Essencial (Portal da Compal Essencial Fruta, n.d.), de forma a verificar qual das campanhas desperta mais a vontade de consumo por parte dos adolescentes. No inquérito por questionário, 8 adolescentes afirmaram que não se recordavam de ter visto nenhuma destas campanhas publicitárias.

Relativamente à classificação dos produtos anunciados em cada campanha (Tabela 4.12), a média de respostas foi de  $\bar{x}=5,47$ . No que diz respeito à comparação da campanha A (Compal® Essencial) com a B (Kinder Bueno®), os adolescentes concordaram que ambos os produtos são práticos de comer com uma incidência no valor 7 da escala. Quando questionados a nível de qual produto consideraram mais saudável, os adolescentes responderam que era o produto A ( $\bar{x}=6,33$ ). A nível calórico, a diferença é elevada, sendo que o produto A é considerado quase nada calórico ( $\bar{x}=3,09$ ). No que concerne ao transporte, as respostas são muito semelhantes para os dois produtos, sendo considerados muito práticos de transportar. Quando questionados relativamente a qual dos produtos é mais saboroso, apesar do valor da escala incidir para ambos os produtos no valor 7, os adolescentes, consideraram o

produto B mais saboroso ( $\bar{x}=6,41$ ). Relativamente ao custo, os jovens afirmaram que o produto A é mais caro que o B ( $\bar{x}=4,67$ ).

Tabela 4.12 - Distribuição da média, moda e desvio padrão na questão referente ao produto anunciado em cada campanha no inquérito por questionário.

	Produto (Pergunta R2.1a)	Produto (Pergunta R2.1b)	Produto (Pergunta R2.2a)	Produto (Pergunta R2.2b)	Produto (Pergunta R2.3a)	Produto (Pergunta R2.3b)	Produto (Pergunta R2.4a)	Produto (Pergunta R2.4b)	Produto (Pergunta R2.5a)	Produto (Pergunta R2.5b)	Produto (Pergunta R2.6a)	Produto (Pergunta R2.6b)
Média	6,50	6,41	6,33	3,36	3,09	5,78	6,34	6,40	5,82	6,41	4,67	4,55
Moda	7	7	7	4	2	7	7	7	7	7	5	4
Desvio Padrão	1,045	1,052	0,985	1,740	1,718	1,532	1,309	1,213	1,595	1,309	1,768	1,641

Tal como referido na Tabela 4.12, as diferenças relatadas pelos adolescentes é que o produto da Compal® Essencial é mais saudável, menos calórico, menos saboroso e mais caro que o Kinder Bueno®. Comparando os valores nutricionais, o Kinder Bueno® tem 123kcal por barrita, o Kinder Bueno White® 111kcal enquanto um boião de fruta da Compal® Essencial tem um valor calórico entre as 45 e as 62kcal. O Kinder Bueno® possui maior quantidade de proteínas, lípidos e sódio, menor quantidade de fibra e quantidade similar de hidratos de carbono relativamente aos produtos da Compal® Essencial<sup>29</sup>, ou seja, nutricionalmente o Compal® Essencial é mais saudável que o Kinder Bueno®.

Tabela 4.13 - Distribuição da média, moda e desvio padrão na questão referente à classificação de cada campanha no inquérito por questionário.

	Campanha (Pergunta R3.1a)	Campanha (Pergunta R3.1b)	Campanha (Pergunta R3.2a)	Campanha (Pergunta R3.2b)	Campanha (Pergunta R3.3a)	Campanha (Pergunta R3.3b)
Média	4,50	5,07	4,94	5,25	4,91	4,99
Moda	5	7	7	7	7	7
Desvio Padrão	1,955	1,900	1,911	1,841	1,874	1,914

No que diz respeito à classificação de cada campanha (Tabela 4.13) a média de respostas foi de  $\bar{x}=4,94$ . Relativamente à comparação da campanha A (Compal® Essencial) com a B (Kinder Bueno®), os adolescentes concordaram que a campanha B é ligeiramente mais divertida que a A ( $\bar{x}=5,07$ ). Os jovens afirmaram que consideravam a campanha B ligeiramente mais apelativa que a A ( $\bar{x}=5,25$ ). No que concerne à criatividade, com uma ligeira diferença, a campanha B foi considerada mais criativa ( $\bar{x}=4,99$ ). Estes resultados

<sup>29</sup> A informação foi extraída dos rótulos dos alimentos em análise.

mostram, que apesar de ser ténue a diferença entre as duas campanhas, os jovens consideram a campanha B, mais divertida, apelativa e criativa.

Foi solicitado aos adolescentes que dessem a sua opinião relativamente aos aspetos que gostavam mais em cada campanha. Tal como indicado na Tabela 4.14, o *slogan* e o facto de o produto ser em boião são características preferenciais pelos adolescentes no que se refere à campanha A com (12,6%), seguido pelo facto de ser prático de transportar com 8,1%. Os aspetos menos focados foram o ser saudável (1,1%), o ser saboroso (1,1%) e a música da campanha (0,4%). Além disso, 10,5% afirmaram não gostar desta campanha.

Tabela 4.14 - Aspetos focados relativamente à campanha da Compal® Essencial.

		Respostas	
		N	Percentagem
Aspetos	100% fruta	19	6,7%
	Incentivo ao consumo de fruta	19	6,7%
	Fruta em boião	36	12,6%
	Saboroso	3	1,1%
	Prático	23	8,1%
	Saudável	3	1,1%
	Divertido	8	2,8%
	Cor	8	2,8%
	<i>Slogan</i>	36	12,6%
	Criativo	14	4,9%
	Inovador	8	2,8%
	Apelativo	9	3,2%
	Música	1	0,4%
	Não gosta da campanha	30	10,5%
	Não respondeu	68	23,9%
<b>Total</b>		285	100,0%

Os resultados na Tabela 4.15 mostram que os principais aspetos mencionados pelos adolescentes no que diz respeito à campanha B são o facto de ter uma celebridade (17,8%), ser um chocolate (11,6%) e ter um desportista na campanha (10,3%). Os aspetos menos focados foram, o *slogan* e o cenário, ambos com (0,7%), a música da campanha e o facto de ser um doce, ambos com (0,3%). No caso desta campanha 8,6% afirmaram não gostar da mesma.

Tabela 4.15 - Aspetos focados relativamente à campanha do Kinder Bueno®.

		Respostas	
		N	Percentagem
Aspetos	Celebridade	52	17,8%
	Engraçado	13	4,5%
	Partilha do chocolate	18	6,2%
	Chocolate	34	11,6%
	Parece saudável	5	1,7%
	Quantidade (2 barras)	2	0,7%
	Divertido	12	4,1%
	Criativo	17	5,8%
	Inovador	7	2,4%
	Saboroso	16	5,5%
	É doce	1	0,3%
	<i>Slogan</i>	2	0,7%
	Desportista	30	10,3%
	Apetece comer	4	1,4%
	Música	1	0,3%
	Prático	3	1,0%
	Cenário	2	0,7%
	Não gosta da campanha	25	8,6%
	Não respondeu	48	16,4%
<b>Total</b>		292	100,0%

Comparando as duas campanhas com os aspetos que os adolescentes focaram, verificou-se que a criatividade, a inovação e a música de cada campanha apresentam valores muito similares. O *slogan* da campanha A, destaca-se mais do que o da campanha B, mas a campanha B foi considerada mais saborosa e divertida e o facto de ter uma celebridade que é desportista, confere um aspeto relevante para os adolescentes. Por esse facto, 5 adolescentes afirmaram que pelo facto da campanha B ter um desportista, o produto parece ser saudável. Como referido anteriormente segundo McNeal (1992, *apud* Alves, 2001), a publicidade com celebridades tem um grande impacto sobre os jovens. Os resultados vão ainda de encontro ao estudo de Cullen *et al.* (2005), onde os estudantes afirmaram que gostavam do formato divertido das mensagens de *marketing* para a promoção de fruta, bem como ter celebridades do mundo desportivo.

Quando questionados os jovens dos *focus groups*, relativamente aos aspetos que as campanhas para a promoção de fruta pudessem ter para incentivá-los, 9 adolescentes afirmaram que gostariam que tivesse uma celebridade, 5 admitiram que deveria ser apelativa e atrativa.

Perguntou-se ao jovens, em que meio de comunicação viram/ouviram as campanhas mencionadas, tendo 256 (78,8%) referido a televisão, 48 a Internet® (14,8%), 14 admitiu ter visto em outros meios de comunicação (4,3%) e 7 adolescentes mencionaram a rádio (2,2%).

Os outros meios de comunicação referidos foram os cartazes publicitários, as revistas, os jornais e os folhetos de supermercado.

Na última questão do inquérito por questionário, perguntou-se aos adolescentes se deveriam existir mais campanhas publicitárias referentes ao consumo de fruta, à qual 243 jovens (91,4%) afirmaram que sim e apenas 23 (8,6%) mencionaram o oposto. Nos *focus groups*, todos os adolescentes admitiram que gostariam que existissem mais campanhas publicitárias para a mudança de hábitos alimentares.

#### 4.4. Análise do modelo proposto

A análise do modelo proposto foi feita por um processo de duas etapas que envolveu a avaliação separada dos modelos de medição e estruturais (Hair, Ringle e Sarstedt, 2011). Primeiramente foi analisada a fiabilidade e a validade do modelo de medição e numa segunda fase a avaliação do modelo estrutural.

##### 4.4.1. Modelo de medição

Inicialmente, a fim de se proceder à avaliação dos modelos de medição, tornou-se necessário verificar quais os constructos medidos através de indicadores formativos e refletivos. Esta distinção é necessária, porque estes dois tipos de indicadores terão tratamentos diferentes em futuras análises. De acordo com Brei e Neto (2006), num modelo que apresente características formativas, espera-se que as variações nos indicadores causem ou origemem alterações no constructo, ao qual estão vinculados. Segundo os autores, no caso de um modelo com características refletivas, a direção de causalidade vai do constructo para os seus indicadores, ou seja, neste modelo, as mudanças no constructo causam alterações nos indicadores. Coser (2012) acrescenta que estes modelos descrevem variáveis latentes que não são diretamente observáveis no ambiente de estudo, mas que se manifestam através dos indicadores. Na Tabela 4.16 encontram-se os constructos e o tipo de indicadores que compõem os constructos do modelo proposto.

Tabela 4.16 - Definição do tipo de indicadores dos constructos do modelo proposto.

Constructos	Nº de indicadores e Sigla <sup>30</sup>	Ligações		Tipo de indicadores
		→ L <sup>31</sup>	L <sup>32</sup> →	
Auto-eficácia de Ação	4 (PN)	1	3	Formativo
Expectativa de Resultado	16 (PI)	--	1	Formativo
Perceção de Risco	3 (PE e PF)	--	2	Refletivo
Intenção	3 (PP)	3	2	Refletivo
Auto-eficácia de Manutenção	4 (PO)	1	1	Refletivo
Planeamento de Ação	3 (PJ)	1	1	Formativo
Suporte Social	17 (PM)	--	1	Refletivo

<sup>30</sup> Abreviatura utilizada para identificar os indicadores observáveis que constituem o constructo.

<sup>31</sup> Número de constructos com efeito sobre este constructo.

<sup>32</sup> Número de constructos influenciados por este constructo.

#### 4.4.1.1. Indicadores refletivos

De acordo com Hair *et al.* (2011), a adequação do modelo de medição é avaliada através da: (i) fiabilidade individual dos indicadores, (ii) consistência interna e (iii) validade. Relativamente à fiabilidade individual dos indicadores, esta pode ser analisada através do exame das contribuições (*loadings*) ou correlações simples de cada indicador com o seu respetivo constructo. Hair *et al.* (2011) indicam que para que haja aceitação dos indicadores, estes têm de apresentar uma contribuição de 0,707, ou seja, mais de 50% da variância da variável observada é partilhada com o constructo (Keil, Tan, Wei, Saarinen, Tuunainen e Wassenaar, 2000). Na Tabela 4.17, encontram-se os *loadings* dos indicadores refletivos que compõem o modelo proposto.

Pela observação da Tabela 4.17, constata-se que 15 indicadores apresentam *loadings* inferiores ao limite de referência 0,707. De acordo com Hair *et al.* (2011), numa investigação exploratória, *loadings* com valores entre 0,6 e 0,7 podem ser considerados, assim sendo, ir-se-á manter 4 indicadores dos 15 referidos anteriormente.

Tabela 4.17 - *Loadings* dos indicadores refletivos.

Indicador	<i>Loadings</i> ( $\lambda$ )
Perceção de risco (PE1)	0,714068
Perceção de risco (PE2)	<u>0,102066*</u>
Perceção de risco (PF)	<u>-0,659681*</u>
Intenção (PP1)	0,912254
Intenção (PP2)	0,948750
Intenção (PP3)	0,823384
Auto-eficácia de manutenção (PO1)	0,891025
Auto-eficácia de manutenção (PO2)	0,903202
Auto-eficácia de manutenção (PO3)	0,917156
Auto-eficácia de manutenção (PO4)	0,838419
Suporte social (PM1a)	<u>0,120902*</u>
Suporte social (PM1b)	<u>-0,066986*</u>
Suporte social (PM2a)	0,761041
Suporte social (PM2b)	<u>0,651297</u>
Suporte social (PM3a)	0,768380
Suporte social (PM3b)	<u>0,660181</u>
Suporte social (PM4a)	0,752711
Suporte social (PM4b)	<u>0,684457</u>
Suporte social (PM5a)	0,735057
Suporte social (PM5b)	<u>0,629158</u>
Suporte social (PM6a)	<u>0,092096*</u>
Suporte social (PM6b)	<u>-0,060110*</u>
Suporte social (PM7a)	<u>0,063168*</u>
Suporte social (PM7b)	<u>-0,115904*</u>
Suporte social (PM8a)	<u>0,182558*</u>
Suporte social (PM9a)	<u>0,072869*</u>
Suporte social (PM9b)	<u>0,102134*</u>

Quanto à consistência interna e à fiabilidade composta, estas podem ser examinadas com recurso ao coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) e ao *composite reliability* ( $\rho_c$ ) e segundo Hair *et al.* (2011), os valores de ambos devem estar acima de 0,70. A Tabela 4.18 mostra os

valores de  $\alpha$  Cronbach e de  $\rho_c$  para cada constructo com indicadores refletivos, após terem sido retirados os indicadores com *loadings* inferiores a 0,6.

Tabela 4.18 - Consistência interna e fiabilidade composta dos constructos com indicadores refletivos.

Constructo	$\alpha$	$\rho_c$
Intenção	0,875881	0,924355
Auto-eficácia de manutenção	0,910830	0,937074
Suporte social	0,871854	0,895559

No que diz respeito à consistência interna e à fiabilidade composta referente ao modelo proposto, todos os indicadores apresentam valores aceitáveis, ou seja, medem o constructo associado.

Seguidamente procedeu-se à avaliação da validade discriminante, procurando avaliar o grau de diferenciação dos diversos constructos do modelo proposto, tratando-se de uma medida de variância entre um constructo e os seus indicadores. Hair *et al.* (2011) sugerem que a utilização da variância média extraída (*Average Variance Extracted* - AVE) tenha um valor superior a 0,50. Os valores da AVE relativos ao modelo proposto encontram-se na Tabela 4.19, indicando que todos os constructos apresentam valores aceitáveis.

Tabela 4.19 - Validade discriminante (AVE) dos constructos com indicadores refletivos.

Constructo	AVE
Intenção	0,803432
Auto-eficácia de manutenção	0,788454
Suporte Social	0,518748

Para a adequada validade discriminante é necessário ser realizada a análise comparativa dos coeficientes de correlação inter-constructos e da raiz quadrada da AVE, onde os valores da diagonal principal devem ser superiores aos restantes valores nas correspondentes linhas e colunas. Na Tabela 4.20, verifica-se a existência de validade discriminante.

Tabela 4.20 - Correlações entre os constructos com indicadores refletivos e raiz quadrada da AVE.

Constructo	Auto-eficácia de manutenção	Intenção	Suporte social
Auto-eficácia de manutenção	<b>0,887949323</b>		
Intenção	0,491993	<b>0,896343684</b>	
Suporte social	0,295326	0,34915	<b>0,720241626</b>

#### 4.4.1.2. Indicadores formativos

De acordo com Hair *et al.* (2011), a análise dos indicadores formativos envolve três processos: (i) observação dos pesos dos indicadores, com intuito de avaliar a contribuição relativa de cada indicador; (ii) análise da possível multicolineariedade; e (iii) significância estatística dos pesos com recurso à técnica de *bootstrapping*.

Para a análise da multicolineariedade procedeu-se à determinação do valor de tolerância para cada indicador formativo, bem como do *variance inflation factor* (VIF), medidas que para Hair *et al.* (2011), indicam o grau em que cada variável independente é explicada por outras variáveis independentes. Para a análise de multicolineariedade utilizou-se o programa estatístico SPSS®, dado que não se consegue obter através SmartPLS®. Hair *et al.* (2011) recomendam que se devem eliminar os indicadores problemáticos com valores iguais ou superiores a 5. Quando estes valores são superiores a 5, implicam que 80% da variância do indicador é explicado por outros indicadores relacionados com o mesmo constructo, apontando para problemas de multicolineariedade, devendo, por isso, ser eliminados. Em relação aos indicadores é importante verificar se cada um contribui de forma específica para a formação o constructo. O procedimento de *bootstrapping* no SmartPLS® permite conhecer a significância dos coeficientes dos indicadores formativos, através de um procedimento de reamostragem a partir da amostra original (Hair *et al.*, 2011). O número de casos deve ser igual ao número de observações da amostra original (266) e para o número de amostras selecionou-se o valor 1000. De acordo com os autores, se todos os pesos forem significativos, devem manter-se os indicadores. Para um nível de significância de 10%(\*), o valor crítico da estatística t deve ser superior a 1,65, no caso de um nível de significância de 5%(\*\*), o valor deve ser de 1,96 e para um nível de 1%(\*\*\*), o valor deverá ser 2,58.

A análise dos pesos de cada indicador permite compreender a composição de cada variável e conhecer a informação de como cada indicador contribui num respetivo constructo em forma de *ranking*.

Tabela 4.21 - Pesos, VIF e níveis de significância dos indicadores formativos.

Indicador	Pesos ( $\gamma$ )	VIF	Estatística t
Auto-eficácia de ação (PN1)	0,596589	1,953	8,502964***
Auto-eficácia de ação (PN2)	-0,018085	2,553	0,185933
Auto-eficácia de ação (PN3)	0,384648	2,047	5,370155***
Auto-eficácia de ação (PN4)	0,175127	2,480	1,929692
Expectativa de resultado (PI1)	-0,038174	2,835	0,233249
Expectativa de resultado (PI2)	0,107771	2,947	0,657506
Expectativa de resultado (PI3)	-0,072010	1,846	0,525004
Expectativa de resultado (PI4)	0,351409	2,558	2,164431**
Expectativa de resultado (PI5)	0,073918	2,119	0,504768
Expectativa de resultado (PI6)	0,120258	2,483	0,781301
Expectativa de resultado (PI7)	0,076546	2,537	0,491464
Expectativa de resultado (PI8)	0,078715	2,455	0,499348
Expectativa de resultado (PI9)	0,201918	1,850	1,542274
Expectativa de resultado (PI10)	0,122532	2,230	0,938286
Expectativa de resultado (PI11)	0,098247	2,192	0,72947
Expectativa de resultado (PI12)	-0,203296	1,737	1,800642
Expectativa de resultado (PI13)	-0,005742	1,388	0,051820
Expectativa de resultado (PI14)	0,123700	1,435	1,156971
Expectativa de resultado (PI15)	0,255726	1,820	1,770657
Expectativa de resultado (PI16)	0,352190	1,830	2,309798**
Planeamento de ação (PJ1)	0,683237	3,049	3,487514***
Planeamento de ação (PJ2)	0,085100	2,657	0,467491
Planeamento de ação (PJ3)	0,312886	2,128	1,437122

Na Tabela 4.21, pode constatar-se que todos os indicadores apresentam valores inferiores ao valor de 5 no VIF, ou seja, não existem problemas de multicolineariedade entre os indicadores formativos que se utilizaram no modelo. Como se pode verificar apenas alguns indicadores são estatisticamente significativos para um nível de confiança de 99% e 95%, logo estes resultados sugerem que os valores que não preencherem esse requisito deverão ser eliminados.

Pode concluir-se que o modelo de medição, no que diz respeito aos parâmetros analisados nos indicadores refletivos e após eliminação destes com *loadings* inferiores a 0,6, demonstram possuir fiabilidade e validade adequadas para a estimação do modelo estrutural. Relativamente aos indicadores formativos, apesar de não demonstrarem problemas de multicolineariedade, alguns apresentam pesos reduzidos o que origina a sua não significância e consequentemente devem ser retirados.

#### **4.4.2. Modelo estrutural**

Após a análise do modelo de medição, torna-se necessário proceder à avaliação do modelo estrutural, no qual são especificadas as várias relações de dependência entre os constructos. Segundo Hair *et al.* (2011), para a avaliação de um modelo estrutural devem analisar-se dois critérios: (i) a avaliação da capacidade explicativa do modelo ( $R^2$ ) e (ii) o valor e a significância estatística dos coeficientes estruturais. De acordo com os mesmos autores, o modelo estrutural prevê ou identifica que constructos atuam como determinantes-chave, para além de ser uma abordagem, que visa maximizar a variância explicada dos constructos dependentes latentes.

De acordo com os Hair *et al.* (2011), em estudos de investigação de *marketing*, um  $R^2$  com valor de 0,75, 0,5 ou 0,25 para as variáveis endógenas latentes no modelo estrutural podem ser descritas como substanciais, moderadas ou débeis, respetivamente. O valor de  $R^2$  associado aos vários constructos dependentes proporciona uma medida da variância explicada em cada um destes através das variáveis independentes do modelo (Rodrigues, Raposo e Ferreira, 2007). Assim sendo, quando maior for o valor de  $R^2$  associado a cada constructo dependente, melhor será o modelo proposto. A Tabela 4.22 mostra os valores de  $R^2$  para as variáveis endógenas que foram tidas em conta no modelo estrutural, com a especificação da sua força. O valor de  $R^2$  é débil para a auto-eficácia de ação, ou seja, 17% da variância deste constructo é explicado pelo suporte social. No que diz respeito à intenção, o valor de  $R^2$  é moderado, sendo 55% da sua variância, explicada pela auto-eficácia de ação, perceção de risco e expectativa de resultado. Um nível débil de explicação possui o planeamento de ação, com 23% da sua significância, sendo esta explicada pela intenção. O valor de  $R^2$  é débil para a auto-eficácia de manutenção, ou seja, 30% da variância deste constructo é explicado pela auto-eficácia de ação. O consumo de fruta com 47% da sua significância, ou seja, um nível débil, quase moderado, é explicado pela auto-eficácia de ação, perceção de risco, intenção, auto-eficácia de ação e planeamento de ação.

Tabela 4.22 - Efeitos nas variáveis endógenas.

Hipótese	R <sup>2</sup>	Efeito direto (β)	Efeito indireto	Efeito total	Correlação	Variância explicada (β x correlação)
<b>Auto-eficácia de ação</b>	0,170868 (débil)	-	-	-	-	17,1%
H <sub>6</sub> : Suporte social → Auto-eficácia de ação	-	0,413362	-	0,413362	0,413362	17%1
<b>Intenção</b>	0,553172 (moderado)	-	-	-	-	55,3%
H <sub>2</sub> : Auto-eficácia de ação → Intenção	-	0,649997	-	0,649997	0,728175	47,3%
H <sub>4</sub> : Perceção de risco → Intenção	-	<u>0,007358</u>	-	0,007358	-0,260325	-0,2%
H <sub>5</sub> : Expectativa de resultado → Intenção	-	<u>0,172586</u>	-	0,172586	0,473823	8,2%
Suporte social → Intenção	-	-	0,268684	0,268684	-	-
<b>Planeamento de ação</b>	0,230526 (débil)	-	-	-	-	23,1%
H <sub>8</sub> : Intenção → Planeamento de ação	-	0,480131	-	0,480131	0,480131	23,1%
Auto-eficácia de ação → Planeamento de ação	-	-	0,312084	0,312084	-	-
Expectativa de resultados → Planeamento de ação	-	-	0,082864	0,082864	-	-
Perceção de risco → Planeamento de ação	-	-	0,003533	0,003533	-	-
Suporte social → Planeamento de ação	-	-	0,129004	0,129004	-	-
<b>Auto-eficácia de manutenção</b>	0,298741 (débil)	-	-	-	-	29,9%
H <sub>7</sub> : Auto-eficácia de ação → Auto-eficácia de manutenção	-	0,546572	-	0,546572	0,546572	29,9%
Suporte social → Auto-eficácia de manutenção	-	-	0,225932	0,225932	-	-
<b>Consumo de fruta</b>	0,465762 (débil, quase moderado)	-	-	-	-	46,6%
H <sub>1</sub> : Auto-eficácia de ação → Consumo de fruta	-	<u>0,198546</u>	0,322836	0,521382	0,555696	11,0%
H <sub>3</sub> : Perceção de risco → Consumo de fruta	-	<u>0,068718</u>	0,004344	0,073062	-0,139948	-0,9%
H <sub>9</sub> : Intenção → Consumo de fruta	-	0,550670	0,039633	0,590303	0,662193	36,5%
H <sub>10</sub> : Auto-eficácia de manutenção → Consumo de fruta	-	<u>-0,111347</u>	-	-0,111347	0,284746	-3,2%
H <sub>11</sub> : Planeamento de ação → Consumo de fruta	-	<u>0,082547</u>	-	0,082547	0,388920	3,2%
Expectativa de resultado → Consumo de fruta	-	-	0,101878	0,101878	-	-
Suporte social → Consumo de fruta	-	-	0,215520	0,215520	-	-

Depois de se avaliar a capacidade explicativa do modelo, torna-se necessário avaliar os valores dos diversos coeficientes estruturais *i.e.* efeitos diretos. De acordo com Chin (1998) as relações entre os constructos que apresentem coeficientes estruturais com um valor superior a 0,20 podem ser consideradas robustas. Contudo, segundo Albers (2009), para além

da análise dos efeitos diretos, é também importante analisar os efeitos indiretos, sendo a sua soma, designada por efeito total. Para além destas análises, também deve ser observada a significância estatística das várias relações, através da estatística t. Na Tabela 4.22 poderá observar-se que seis coeficientes estruturais apresentam valores inferiores a 0,20, sendo que um deles, quase que apresenta o valor pretendido. Um fator importante a realçar são as relações existentes entre o suporte social e a auto-eficácia de ação, a auto-eficácia de ação com a intenção e com a auto-eficácia de manutenção e a intenção com o consumo e com o planeamento de ação, verificando-se que em todas estas relações o valor dos coeficientes estruturais é superior a 0,40, demonstrando um elevado efeito direto entre cada par. Os efeitos indiretos, também representados na Tabela 4.22, representam o efeito colateral sobre um constructo ao ser influenciado indiretamente pelas relações que mantêm com outros constructos. Torna-se também necessário explicar em que medida as variáveis predictoras contribuem para a variância explicada das variáveis endógenas. A variância explicada de um constructo endógeno por outra variável latente é obtida pelo valor absoluto do resultado da multiplicação do coeficiente ( $\beta$ ) pelo seu correspondente coeficiente de relação entre ambas as variáveis (Tabela 4.22), sendo que a variável latente deve ter um peso de pelo menos 1,5% da variância sobre uma variável endógena (Frank e Miller, 1992, *apud* Prado, 2002).

Tabela 4.23 - Resultados do modelo estrutural.

Hipóteses	Coefficiente de path ( $\beta$ )	Estatística t	Hipótese suportada
$H_1$ : Auto-eficácia de ação → Consumo de fruta	0,198546**	2,550701	Sim
$H_2$ : Auto-eficácia de ação → Intenção	0,649997***	13,340207	Sim
$H_3$ : Perceção de risco → Consumo de fruta	0,068718 <sup>n.s.</sup>	1,457196	Sim
$H_4$ : Perceção de risco → Intenção	0,007358 <sup>n.s.</sup>	0,157543	Sim
$H_5$ : Expectativa de resultado → Intenção	0,172586***	2,938195	Sim
$H_6$ : Suporte social → Auto-eficácia de acção	0,413362***	8,039108	Sim
$H_7$ : Auto-eficácia de ação → Auto-eficácia de manutenção	0,546572***	10,442913	Sim
$H_8$ : Intenção → Planeamento de ação	0,480131***	8,889700	Sim
$H_9$ : Intenção → Consumo de fruta	0,550670***	8,076596	Sim
$H_{10}$ : Autoeficácia de manutenção → Consumo de fruta	-0,111347**	2,296202	Não
$H_{11}$ : Planeamento de ação → Consumo de fruta	0,082547 <sup>n.s.</sup>	1,333575	Não

Por fim, uma vez avaliado o poder explicativo do modelo, é necessário esclarecer em que medida as variáveis predictoras contribuem para a variância explicada nas variáveis endógenas, o qual, é representado pelo coeficiente  $\beta$ . Este representa os coeficientes dos caminhos (*paths*) através do procedimento de *bootstrapping* do SmartPLS®, sendo que os

valores correspondem aos efeitos diretos (Tabela 4.23). Seguidamente testou-se a significância estatística para os diversos coeficientes estruturais (efeitos diretos) para analisar a significância das relações entre os constructos que representam as hipóteses de investigação. Através da técnica de *bootstrapping* no SmartPLS® obtiveram-se os valores estatísticos t referentes a cada relação ou caminho (Tabela 4.23). Para a aplicação da técnica, selecionou-se como número de casos o valor igual ao número de observações da amostra original (266) e no número de amostras selecionou-se o valor 1000. De acordo com Hair *et al.* (2011), para um nível de significância de 10%(\*), o valor crítico da estatística t deve ser superior a 1,65, caso se trate de um nível de significância de 5%(\*\*), o valor deve ser de 1,96 e para um nível de 1%(\*\*\*), o valor deverá ser 2,58. De acordo com os resultados da Tabela 4.23, das onze hipóteses, três ( $H_3$ ,  $H_4$  e  $H_{11}$ ) não são estatisticamente significativas (n.s.), sendo apenas as hipóteses  $H_{10}$  e  $H_{11}$ , não suportadas pelos resultados do presente estudo.

A Figura 4.1 ilustra, graficamente, o resumo da avaliação do modelo proposto, quer a nível do modelo de medição quer a nível do modelo estrutural.

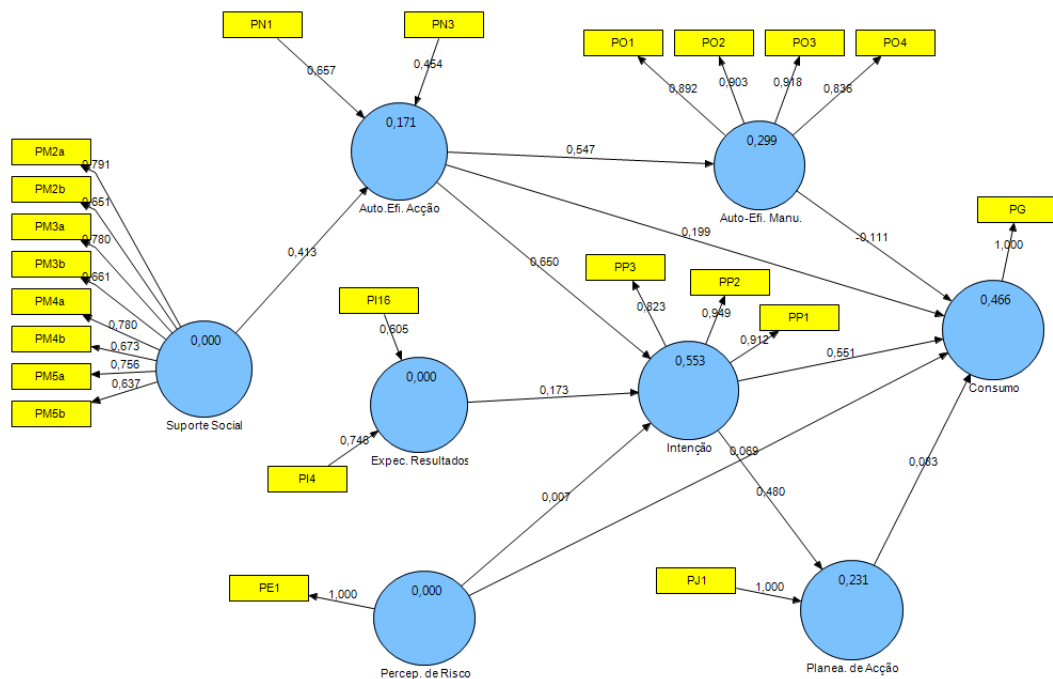


Figura 4.1 - Resumo da avaliação do modelo proposto.

No que diz respeito às variáveis que foram exploradas, pode afirmar-se que o modelo proposto consegue explicar 46,6% da variância explicada das variáveis em causa, sendo que este valor sugere que existem outros fatores determinantes para o consumo de fruta dos adolescentes, que necessitam de ser estudados. A variância da auto-eficácia de ação é explicada em 17,1% por um único efeito direto, o suporte social, revelando um poder explicativo, débil. A variância da auto-eficácia de manutenção também é explicada por um

único efeito direto, o da auto-eficácia de ação possuindo também um poder explicativo débil (29,9%). No caso da intenção, a variância explicada é moderada (55,3%), considerando que a sua variância é explicada principalmente pelo impacto direto do efeito auto-eficácia de ação (47,3%), seguindo pelas expectativas de resultado (8,2%) e pela percepção de risco com -0,2%, não sendo, por isso, estatisticamente significativa. O planeamento de ação apresenta um poder explicativo igualmente débil com 23,1%, tendo em conta que a sua variância é explicada por um único efeito direto, a intenção (23,1%). No que diz respeito ao consumo de fruta, verifica-se que este é explicado principalmente pelo impacto direto da intenção (36,5%) e da auto-eficácia de ação (11%). O planeamento de ação (3,2%) e percepção de risco (-0,9%) não são estatisticamente significativos e a auto-eficácia de manutenção (-3,2%) apesar de estatisticamente significativa não apresenta um impacto positivo no consumo de fruta.

Relativamente aos resultados empíricos obtidos, comprova-se que a auto-eficácia de ação influencia o consumo de fruta, hipótese  $H_1$ . A relação existente entre estes dois constructos tem um valor de  $\beta$  de 0,199, ou seja, é uma relação robusta, visto estar próximo do valor de 0,2, tal como referido por Chin (1998), sendo também significativa no teste de *bootstrapping* com um nível de significância de 0,05. Estes resultados são consistentes com os encontrados por Brug, Lechner e De Vries (1995); De Bourdeaudhuij e Van Oost (2000); Young *et al.* (2004); Bere e Klepp (2004; 2005); Luszczynska, Tryburcy e Schwarzer (2007) e Anderson-Bill *et al.* (2007). Este resultado tem um impacto de valor relativo dado que a auto-eficácia de ação só consegue explicar 11% da variância do consumo de fruta, podendo considerar-se que o maior impacto ao consumo deste alimento é exercido pela intenção (36,5%). Este resultado demonstra que existem ainda muitos parâmetros que devem ser tomados em conta para a análise deste constructo.

Em relação à análise da influência da auto-eficácia de ação na intenção, a hipótese  $H_2$  encontra o apoio empírico no presente estudo, em consonância com os resultados obtidos noutras investigações (Renner *et al.*, 2008; Renner e Schwarzer, 2005 e Godinho *et al.*, 2013b). A relação existente tem um valor de  $\beta$  de 0,649, ou seja, é uma relação robusta, visto estar acima do valor de 0,2, sendo também significativa no teste de *bootstrapping* com um nível de significância de 0,01. O efeito da variância explicada da auto-eficácia de ação na intenção aporta o valor mais elevado (43,2%), quando comparado com a expectativa de resultado (8,2%) e da percepção de risco (-0,2%) tendo, por isso, um papel bastante significativo na intenção dos adolescentes para o consumo de fruta. Este valor da auto-eficácia de ação, também sofre influência do efeito indireto do suporte social.

A auto-eficácia de ação, presente nestas duas hipóteses ( $H_1$  e  $H_2$ ) foi analisada como um constructo formado por duas questões, (PN1 e PN3), tendo-se concluído que a questão PN1 ( $\gamma=0,657$ ) tem um peso mais elevado, estando relacionada com o facto de o adolescente acreditar que consegue comer fruta diariamente. Deste modo, este constructo é mais explicado pela questão PN1 do que pela PN3 ( $\gamma=0,454$ ).

No que respeita à hipótese  $H_3$ , que não reconhece a possível influência da percepção do risco no consumo de fruta, a hipótese é comprovada e tem o apoio empírico para os

resultados da investigação, concordando com o estudo anterior de Schwarzer *et al.* (2007). Estes autores não valorizam este constructo como um fator importante na prevenção de comportamentos de saúde. Esta relação tem um valor de  $B$  de 0,069, *i.e.*, não é uma relação robusta, visto não estar próximo do valor de 0,2, não sendo também significativa no teste de *bootstrapping* e tendo um efeito da variância explicada de -0,9%. Contudo, no presente estudo, quando questionados sobre a gravidade da obesidade, a maioria dos jovens indicou que a considera muito grande com uma média de  $\bar{x}=6,12$ .

A hipótese  $H_4$  que não reconhece a influência entre a percepção de risco e a intenção é comprovada, estando de acordo com autores como Schwarzer e Renner (2000) e Renner *et al.* (2007). Verificou-se que a percepção de risco não é um preditor eficaz em relação à intenção, visto apresentar uma variância de -0,2%, tendo um valor de  $B$  de 0,007, não sendo uma relação robusta nem significativa.

No que concerne à influência exercida entre expectativa de resultado e a intenção, esta apresenta um valor estatisticamente significativo, apoiando a hipótese  $H_5$ ; à luz dos dados empíricos desta investigação e indo de encontro aos resultados de Renner *et al.* (2008) e Godinho *et al.* (2013b). Esta relação tem um valor de  $B$  de 0,172, sendo um valor próximo de 0,2, e também significativa no teste de *bootstrapping* com um nível de significância de 0,01. A variância explicada entre estes dois constructos é de 8,2%, ou seja, é um resultado com um valor de impacto relativo. A expectativa de resultado foi analisada como um constructo formado por duas questões, (PI4 e PI16), considerando que a questão PI4 ( $\gamma=0,746$ ) tem um peso mais elevado, devido ao facto dos adolescentes acharem que um dos benefícios da fruta é fazê-los sentirem-se melhor. Assim sendo, o constructo é mais explicado pela questão PI4, no entanto, a questão PI16, não deixa de ser interessante a nível do seu resultado ( $\gamma=0,605$ ), tendo em conta que este valor foi convertido como referido anteriormente por se tratar de uma frase de sentido negativo. Neste sentido a sua interpretação tem de ser vista por outro prisma, ou seja, a maioria dos adolescentes não consideram que a maioria das pessoas iriam ridiculariza-los por consumirem fruta. Sendo esta questão muito importante, no sentido social, de forma a impulsionar o consumo de fruta.

Relativamente à influência do suporte social na auto-eficácia de ação (hipótese  $H_6$ ), esta demonstra ser estatisticamente significativa em relação aos dados obtidos na presente investigação, sendo estes resultados consistentes com os obtidos por Ford, Ahluwalia e Galuska (2000); Pérez-Rodrigo e Aranceta (2003); Steptoe *et al.* (2004); Anderson-Bill, Winett e Wojcik (2007; 2011) e Schwarzer e Knoll (2007) que afirmam que o suporte social é importante para os adolescentes criarem e manterem hábitos alimentares saudáveis. A relação entre estes dois constructos apresenta um valor de  $B$  de 0,413, sendo uma relação robusta, visto ser um valor superior a 0,2, e também significativa no teste de *bootstrapping* com um nível de significância de 0,01. De acordo com De Bourdeaudhuij e Van Oost (2000); Neumark-Sztainer *et al.* (2003b) e Young *et al.* (2004) existe correlação entre o suporte parental e o consumo de fruta. O efeito da variância explicada do suporte social na auto-eficácia de ação aporta o valor de 17,1%. Apesar de ser uma faixa etária, onde ocorrem

grandes transformações a nível de personalidade, a opinião dos amigos e família tem um impacto relativo sobre os jovens. A nível estatístico como se pode verificar anteriormente, as questões que estavam no sentido negativo e foram invertidas, não foram estatisticamente significativas. O suporte social é explicado por oito questões (PM2a, PM2b, PM3a, PM3b, PM4a, PM4b, PM5a e PM5b). Quanto às questões relacionadas com a família, estas têm um peso mais elevado comparativamente com a dos amigos, ou seja, os adolescentes privilegiam as opiniões dos familiares, principalmente por falarem com eles sobre a melhoria dos seus hábitos alimentares ( $\lambda=0,791$ ), por lembrá-los de consumir fruta diariamente ( $\lambda=0,780$ ) e por serem elogiados ao melhorarem os seus hábitos alimentares ( $\lambda=0,780$ ). No modelo teórico do HAPA original, o suporte social não é considerado como constructo, mas considera-se interessante incluí-lo de forma a determinar se os familiares e amigos exercem influência no consumo de fruta dos adolescentes.

No que diz respeito à hipótese  $H_7$ , que determina a influência da auto-eficácia de ação com a auto-eficácia de manutenção, os dados empíricos conseguem dar apoio à hipótese que vai ao encontro do referido na literatura, em especial, por Schwarzer e Renner (2000). A relação existente tem um valor de  $\beta$  de 0,547, *i.e.*, é uma relação robusta, visto ser um valor superior a 0,2, sendo também significativa no teste de *bootstrapping* com um nível de significância de 0,01. O efeito da variância explicada da auto-eficácia de ação na auto-eficácia de manutenção aporta um valor débil, mas significativo (29,9%), sendo que o valor da auto-eficácia de ação, também sofre influência do efeito indireto do suporte social. Este resultado demonstra que existem outros fatores que poderão influenciar o constructo da auto-eficácia de manutenção para o consumo de fruta, nos adolescentes.

A hipótese  $H_8$ , relativa à influência da intenção no planeamento de ação, é estatisticamente significativa, sendo este resultado consistente com o estudo de Sheeran, Webb e Gollwitzer (2005). Esta relação tem um valor de  $\beta$  de 0,480, sendo uma relação robusta, e também significativa no teste de *bootstrapping* com um nível de significância de 0,01. Os resultados demonstram que o efeito da variância explicada da intenção para o planeamento de ação é de 23,1%, sendo um valor débil, ou seja, existem muitos mais fatores que podem influenciar este constructo. Assim sendo, o planeamento de ação sofre influências indiretas por parte do suporte social, auto-eficácia de ação, expectativas de resultado e da perceção de risco.

À luz dos resultados empíricos obtidos, comprova-se a existência da influência da intenção com consumo de fruta (hipótese  $H_9$ ), sendo estes resultados consistentes com os obtidos por Schwarzer e Renner (2000) referentes ao consumo de alimentos saudáveis, e os estudos de De Bourdeaudhuij e Van Oost (2000); Lien, Lytle e Komro (2002) e Godinho *et al.* (2013b) em relação ao consumo de fruta. Esta relação tem um valor de  $\beta$  de 0,550, isto é, uma relação robusta, sendo também significativa no teste de *bootstrapping* com um nível de significância de 0,01. O impacto da intenção no consumo de fruta aporta o valor mais elevado de 36,5%, relativamente à auto-eficácia de ação (11%), planeamento de ação (3,2%), perceção de risco (-0,9%) e pela auto-eficácia de manutenção (-3,2%). Estes resultados

mostram que a intenção é o constructo que consegue ter mais influência no consumo de fruta por parte dos adolescentes. Estes valores combinados dão ao constructo do consumo de fruta, um valor de 46,6%, sendo este considerado um valor débil, quase moderado. Para além dos constructos referidos que têm um efeito direto sobre o consumo de fruta, o suporte social e a expectativa de resultado também influenciam indiretamente.

Embora a hipótese  $H_{10}$ , que relaciona a influência entre auto-eficácia de manutenção com o consumo de alimentos saudáveis, encontre apoio na literatura Renner e Schwarzer (2005), devido à constituição dimensional do constructo, os dados empíricos não conseguem dar suporte à hipótese citada. A relação entre estes dois constructos tem um valor de  $\beta$  de (-0,111), ou seja, não é uma relação robusta, visto não estar próximo do valor de 0,2, mas é significativa no teste de *bootstrapping* com um nível de  $t$ , superior a 1,96. Esta relação não se conseguiu provar, tendo um efeito de variância explicada de -3,2%. Provavelmente, este efeito pode dever-se ao facto de apesar da existência de algumas ferramentas a nível motivacional, que são essenciais para a manutenção do hábito de consumir fruta, aquando a passagem da parte motivacional para a parte prática possivelmente existirem outros fatores que influenciam essa manutenção, interferindo negativamente no constructo do consumo.

A hipótese  $H_{11}$ , que pretende verificar a influência entre o planeamento de ação com consumo de fruta, embora encontre o apoio nos estudos de Luszczynska, Tryburcy e Schwarzer (2007); Reuter *et al.* (2010) e Lange *et al.* (2013), no que diz respeito à sua influência em comportamentos de saúde e Guillaumie *et al.* (2012) relativamente à influência no consumo de fruta, não encontra suporte empírico nesta investigação. Esta relação tem um valor de  $\beta$  de 0,083, não sendo uma relação robusta, nem estatisticamente significativa no teste de *bootstrapping*. Estes resultados vão de encontro com os estudos de Norman e Conner (2005, Study 1) e Schwarzer *et al.* (2007, Study 4), que também não conseguiram provar o efeito mediador do planeamento entre a intenção e o comportamento. O efeito da variância explicada entre estes dois constructos é de 3,2%. Possivelmente as causas para estes resultados são similares à hipótese anterior. Apesar de os adolescentes terem uma boa formação motivacional, quando transcrito para a prática, há fatores que interferem na consecução do objetivo principal, *i.e.*, o consumo de fruta. O planeamento de ação apenas pode ser avaliado por uma questão, tendo em conta que as restantes foram eliminadas devido à não significância estatística. Para os jovens é evidente que existem dificuldades no planeamento e na manutenção de estratégias, no sentido de transformarem o hábito do consumo de fruta numa prática regular.

Uma vez avaliado o modelo de medição e estrutural, procede-se à análise dos diversos modelos multigrupos, tendo em conta a idade, género, meio rural/urbano e campanhas publicitárias.

#### 4.5. Análise multigrupos

Uma vez analisadas as hipóteses do modelo estrutural, procedeu-se em seguida à análise dos modelos multigrupos relativamente às diversas hipóteses colocadas, para verificar

a sua validação estatística. Para se realizar esta análise estabeleceu-se uma comparação entre os *paths* de cada um dos modelos e utilizou-se a estatística de t com o objetivo de verificar a sua significância. Os coeficientes dos *paths* foram analisados com recurso ao procedimento de *bootstrapping* do SmartPLS®, o que possibilitou a obtenção de valores de *sample mean* e de *standard error*. Para a aplicação da técnica, selecionou-se como número de casos o valor igual ao número de observações da amostra original (n=266) e no número de amostras selecionou-se o valor 1000. Seguidamente testou-se a significância estatística, através da estatística de t para os diversos caminhos entre cada constructo, com as diferentes amostras, que representam as hipóteses de investigação, através da fórmula de Chin (2000):

$$t = \frac{(\text{Path}_{(\text{sample}_1)} - \text{Path}_{(\text{sample}_2)})}{([\sqrt{((m-1)^2/((m+n-2)) * \text{S.E.}_{\text{sample1}}^2 + (n-1)^2/((m+n-2)) * \text{S.E.}_{\text{sample2}}^2)}] * [\sqrt{(1/m + 1/n)}]}$$

De acordo com Hair *et al.* (2011), para um nível de significância de 10%(\*), o valor crítico da estatística t deve ser superior a 1,65, no caso de um nível de significância de 5%(\*\*), o valor deve ser de 1,96 e para um nível de 1%(\*\*\*), o valor deverá ser 2,58.

#### 4.5.1. Género

Relativamente ao género, dividiu-se a amostra em dois grupos, feminino (n=154) e masculino (n=112). Os dados obtidos encontram-se na Tabela 4.24. Os modelos estruturais referentes ao género encontram-se no Anexo (8).

Relativamente à Tabela 4.24 pode verificar-se que quatro dos onze caminhos analisados, em relação aos diferentes géneros, são estatisticamente significantes, apresentando-se com níveis de significância entre os 10 e 1%. No que concerne à hipótese  $H_{12}$  do trabalho, a nível empírico, a hipótese é suportada, sendo concordante com diversos autores (Williams *et al.*, 1993; Neumark-Sztainer *et al.*, 1996; Cullen *et al.*, 2000; Paulus, Saint-Remy e Jeanjean, 2001; Xie *et al.*, 2003; Vereecken, Maes e Bacquer, 2004; Yannakoulia *et al.*, 2004; Vereecken, Bobelijan e Maes, 2005; Anderson-Bill *et al.*, 2007; Wardle *et al.*, 2004; Gutiérrez-Doña *et al.*, 2009) ao afirmarem que o género feminino tem uma melhor alimentação, maior autocontrolo, maior auto-eficácia e consequentemente, maior tendência a consumir mais fruta.

A nível dos resultados obtidos neste estudo, as adolescentes do género feminino têm mais suporte social para a auto-eficácia nas suas escolhas alimentares e possuem mais auto-eficácia de manutenção que gerem através da auto-eficácia de ação. Possuem ainda, maior perceção de risco para o consumo de fruta, sendo que os rapazes têm uma maior intenção para o planeamento de ação no consumo deste alimento.

Tabela 4.24 - Resultados das diferenças existentes entre os modelos referentes aos diferentes géneros da amostra.

Caminhos	Sample mean		Standard error		Estatística t	Hipótese suportada
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino		
Auto-eficácia de ação → Consumo de fruta	0,186951	0,187958	0,083564	0,081553	0,0084 <sup>n.s.</sup>	Não
Auto-eficácia de ação → Intenção	0,657808	0,638429	0,042899	0,052298	0,2893 <sup>n.s.</sup>	Não
Auto-eficácia de ação → Autoeficácia de manutenção	0,613653	0,460671	0,040668	0,066103	2,0805**	Sim
Perceção de risco → Consumo de fruta	0,128496	-0,005074	0,050364	0,041815	1,9427*	Sim
Perceção de risco → Intenção	0,025684	-0,007569	0,043723	0,047183	0,5120 <sup>n.s.</sup>	Não
Expectativa de resultado → Intenção	0,225337	0,134836	0,055759	0,059508	1,0974 <sup>n.s.</sup>	Não
Suporte social → Auto-eficácia de ação	0,540060	0,283825	0,050199	0,055312	3,4095***	Sim
Intenção → Planeamento de ação	0,420561	0,557112	0,059637	0,041936	1,7441*	Sim
Intenção → Consumo de fruta	0,587427	0,530724	0,070476	0,074971	0,5446 <sup>n.s.</sup>	Não
Auto-eficácia de manutenção → Consumo de fruta	-0,145994	-0,061120	0,050202	0,044196	1,2184 <sup>n.s.</sup>	Não
Planeamento de ação → Consumo de fruta	0,135844	0,035363	0,071996	0,053792	1,0492 <sup>n.s.</sup>	Não

As raparigas parecem ter maior apoio familiar e social do que os rapazes, podendo também advir que, como estão numa fase de maior preocupação com a imagem social e corporal respeitem mais os conselhos dos outros, afirmando que a maioria das pessoas não iriam ridicularizá-las por consumirem fruta ( $\gamma=0,674$ ), contrariamente ao verificado no género masculino, que se preocupam mais com este aspeto ( $\gamma=0,464$ ). Este género tem também uma maior auto-eficácia de manutenção, ou seja, consegue manter o hábito do consumo de fruta por mais tempo do que os rapazes, talvez por terem mais métodos de manutenção de rotina quando comparado com o género oposto. Curiosamente, as raparigas têm maior perceção dos riscos, provavelmente pela mesma explicação supramencionada por estarem numa idade com uma elevada preocupação da imagem corporal, tal como refere Evans *et al.* (2006). Todavia, esta evidência, não é corroborada por Evans *et al.* (2006), quando afirmam que os rapazes se preocupam mais com a prevenção de futuras doenças. Renner *et al.* (2008) mostraram que a auto-eficácia é similar em homens e mulheres para uma dieta saudável, e o presente estudo também prova esse aspeto, excetuando-se o valor da auto-eficácia de ação para a auto-eficácia de manutenção que é estatisticamente mais elevada nas raparigas. Ao contrário do que os Renner *et al.* (2008) afirmaram, neste estudo, os rapazes têm um valor superior da intenção para o planeamento de ação, *i.e.*, está claro para este género quando, onde e como devem consumir fruta diariamente, talvez por serem mais práticos e saberem quais as refeições em que vão ter fruta disponível para consumir. Os autores mencionaram também

que a intenção é prevista pela auto-eficácia de ação nos dois géneros, resultado corroborado também pela presente investigação, apresentando ambos os géneros, valores muito similares.

#### 4.5.2. Idade

No que concerne à idade, dividiu-se a amostra em dois grupos, um com idades inferiores ou iguais a 16 anos (n=187) e outro com idade superiores a 16 anos (n=79). Os dados obtidos encontram-se na Tabela 4.25. Os modelos estruturais referentes à idade encontram-se no Anexo (9).

Tabela 4.25 - Resultados das diferenças existentes entre os modelos referentes às diferentes idades da amostra.

Caminhos	Sample mean		Standard error		Estatística t	Hipótese suportada
	≤16 anos	>16 anos	≤16 anos	>16 anos		
Auto-eficácia de ação → Consumo de fruta	0,133236	0,328866	0,076787	0,095568	2,5553**	Sim
Auto-eficácia de ação → Intenção	0,682082	0,544139	0,045213	0,050012	1,8017*	Sim
Auto-eficácia de ação → Autoeficácia de manutenção	0,585871	0,449736	0,051777	0,057362	1,5523 <sup>n.s.</sup>	Não
Perceção de risco → Consumo de fruta	0,009251	0,154444	0,041646	0,048834	2,036**	Sim
Perceção de risco → Intenção	0,038126	-0,053358	0,045500	0,045804	0,9214 <sup>n.s.</sup>	Não
Expectativa de resultado → Intenção	0,147358	0,309597	0,054180	0,056730	1,7849*	Sim
Suporte social → Auto-eficácia de ação	0,431310	0,442510	0,058315	0,040584	0,1200 <sup>n.s.</sup>	Não
Intenção → Planeamento de ação	0,453472	0,527392	0,054718	0,053020	0,8147 <sup>n.s.</sup>	Não
Intenção → Consumo de fruta	0,611583	0,418186	0,066574	0,077622	1,6989*	Sim
Auto-eficácia de manutenção → Consumo de fruta	-0,105629	-0,088264	0,052660	0,044737	0,2022 <sup>n.s.</sup>	Não
Planeamento de ação → Consumo de fruta	0,040543	0,144055	0,063503	0,052826	1,0019 <sup>n.s.</sup>	Não

Através da leitura da Tabela 4.25, pode constatar-se que dos onze caminhos analisados, cinco são estatisticamente significativos, encontrando-se estes, com níveis de significância entre os 10 e 5%. No que diz respeito à hipótese  $H_{13}$ , em que o modelo explica melhor o comportamento do consumo de fruta nos adolescentes mais novos do que nos mais velhos, demonstra não ser estatisticamente significativa à luz dos dados obtidos na presente investigação, sendo este resultado não consistente com o obtido por Woodward *et al.* (1996); Warwick, McIlveen e Strugnell (1999); Cullen *et al.* (2000); Paulus, Saint-Remy e Jeanjean (2001); Videon e Manning (2003); Vereecken, Maes e Bacquer (2004); Yannakoulia *et al.* (2004) e Vereecken, Bobelij e Maes (2005), *i.e.* para os quais o modelo explica melhor para os adolescentes mais velhos, tal como defendido por Woodward (1986). Relativamente ao

presente estudo, os adolescentes mais novos apresentam maior auto-eficácia de ação para a intenção no consumo de fruta, apresentando também maior intenção para o consumo deste tipo de alimento do que os adolescentes mais velhos. Estes, por outro lado, apresentam maiores expectativas de resultado para a intenção no consumo de fruta, maior percepção de risco e auto-eficácia de ação para o consumo de fruta. Os resultados em relação aos adolescentes mais velhos parecem demonstrar que estes jovens apresentam maior autocontrolo e uma personalidade mais vincada, tendo por isso maior auto-eficácia nos seus atos alimentares e, conseqüentemente têm uma maior percepção de risco de doença que os mais novos. Em contrapartida, os mais novos, apresentam maior auto-eficácia para a intenção do consumo de fruta, tendo maior determinação para este fim. As expectativas de resultado para a intenção do consumo de fruta também são mais elevadas nos mais velhos. Provavelmente este valor, pode deve-se a maior interesse ou mesmo por já estarem mais informados relativamente aos benefícios que a alimentação acarreta na sua saúde. Curiosamente, os mais novos têm mais problemas com o facto de poderem ser ridicularizados pelo consumo de fruta, contrariamente aos mais velhos ( $\gamma=0,410$ ) e ( $\gamma=0,846$ ).

#### 4.5.3. Campanhas publicitárias

No que respeita às campanhas publicitárias, dividiu-se a amostra em dois grupos, os que afirmaram sentirem vontade de consumir o produto anunciado na campanha A, referente ao Compal® (n=26) e à campanha B, que dizia respeito ao Kinder Bueno® (n=54). Os dados obtidos encontram-se na Tabela 4.26. Os modelos estruturais referentes às diferentes campanhas encontram-se no Anexo (10).

Ao comparar as duas campanhas, pretendeu-se determinar as diferenças de comportamento de um adolescente que escolhe uma campanha mais direcionada para o consumo de fruta e outra para uma escolha menos saudável. Os dois produtos foram escolhidos de maneira a que pudessem ser transportados e consumidos nas mesmas alturas do dia, ou seja, concorrentes um do outro. Na Tabela 4.26, pode verificar-se que dos onze caminhos analisados, entre as duas campanhas, oitos são estatisticamente significativos, na sua maioria bastante elevados, com 1% de nível de significância. Relativamente à hipótese  $H_{14}$  do estudo, a hipótese é corroborada pelos estudos de Proctor *et al.* (2003) e Klepp *et al.* (2007).

A maioria das diferenças entre as duas campanhas destaca-se nos adolescentes que escolheram a campanha A, o Compal® Essencial, ou seja, apresentam um comportamento mais predisposto para o consumo de fruta.

Tabela 4.26 - Resultados das diferenças existentes entre os modelos referentes à preferência das diferentes campanhas por parte dos jovens.

Caminhos	Sample mean		Standard error		Estatística t	Hipótese suportada
	Campanha A	Campanha B	Campanha A	Campanha B		
Auto-eficácia de ação → Consumo de fruta	0,233454	0,450116	0,116195	0,055655	1,9363*	Sim
Auto-eficácia de ação → Intenção	0,936706	0,584777	0,011478	0,045733	5,3347***	Sim
Auto-eficácia de ação → Auto-eficácia de manutenção	0,844106	0,356978	0,023318	0,061521	5,4412***	Sim
Perceção de risco → Consumo de fruta	-0,026518	0,250389	0,041847	0,035701	4,7385***	Sim
Perceção de risco → Intenção	0,066918	0,070054	0,018562	0,042033	0,0509 <sup>n.s.</sup>	Não
Expectativa de resultado → Intenção	0,045978	0,244343	0,035382	0,052147	2,5229**	Sim
Suporte social → Auto-eficácia de ação	0,158691	0,399459	0,333851	0,053845	1,0099 <sup>n.s.</sup>	Não
Intenção → Planeamento de ação	0,733136	0,407395	0,023631	0,047005	4,7071***	Sim
Intenção → Consumo de fruta	0,750567	0,460564	0,104366	0,054027	2,7676***	Sim
Auto-eficácia de manutenção → Consumo de fruta	-0,382756	-0,171941	0,068449	0,031833	3,2457***	Sim
Planeamento de ação → Consumo de fruta	0,147938	0,048667	0,070006	0,039104	1,3539 <sup>n.s.</sup>	Não

Os jovens que assinalaram a campanha A apresentam um caminho significativo da auto-eficácia de ação para a auto-eficácia de manutenção, ou seja, conseguem ter ferramentas necessárias para manter os seus hábitos de consumo de fruta de uma forma mais eficaz. No entanto, a ligação existente entre a auto-eficácia de manutenção e o consumo de fruta tem um efeito negativo, *i.e.*, os jovens têm as bases necessárias para conseguirem manter o consumo de fruta, mas não é concretizável para o consumo final. Estes adolescentes apresentam também um elevado valor da auto-eficácia de ação para a intenção do consumo de fruta, bem como um melhor planeamento para o consumo deste alimento, sendo que é explícito, para estes jovens, quando, onde e como vão comer este alimento. Os adolescentes que escolheram a campanha A apresentam igualmente um elevado valor da intenção para o consumo de fruta, propriamente dito. Os adolescentes que escolheram a campanha B, Kinder Bueno® possuem maiores expectativas de resultado para a intenção, tendo menos preocupação relativamente ao facto de as outras pessoas os ridicularizarem por consumirem fruta, ao contrário da campanha A ( $\gamma=-0,117$ ). Este aspeto pode dever-se ao facto dos adolescentes que tendencialmente preferem consumir fruta, terem um maior receio de serem criticados pelos outros adolescentes por essa preferência. Os jovens que optaram pela campanha B apresentam um valor mais elevado da auto-eficácia de ação para o consumo de fruta, sendo por isso mais auto-eficazes nessa escolha e revelando uma maior perceção de risco, relativamente às consequências do não consumo deste alimento. Contudo, no conjunto,

os adolescentes que preferiram a campanha A têm um lote de características que lhes permite consumir mais assiduamente este tipo de alimento e possivelmente, por esses motivos, escolheram a campanha referente a fruta.

#### 4.5.4. Meio rural e urbano

No que diz respeito ao local onde os jovens estudam, dividiu-se a amostra em dois grupos, rurais (n=69) e urbanos (n=197). Os dados obtidos encontram-se na Tabela 4.27. Os modelos estruturais referentes ao meio urbano/rural encontram-se no Anexo (11).

**Tabela 4.27** - Resultados das diferenças existentes entre os modelos referentes aos locais onde os jovens estudam.

Caminhos	Sample mean		Standard error		Estatística t	Hipótese suportada
	Rural	Urbano	Rural	Urbano		
Auto-eficácia de ação → Consumo de fruta	0,314177	0,183774	0,073760	0,069019	1,0498 <sup>n.s.</sup>	Não
Auto-eficácia de ação → Intenção	0,691067	0,602712	0,039498	0,049348	1,0223 <sup>n.s.</sup>	Não
Auto-eficácia de ação → Auto-eficácia de manutenção	0,583515	0,449206	0,048231	0,057206	1,3353 <sup>n.s.</sup>	Não
Perceção de risco → Consumo de fruta	0,048010	-0,019116	0,040875	0,047655	0,8000 <sup>n.s.</sup>	Não
Perceção de risco → Intenção	-0,009522	0,050467	0,046827	0,046529	0,7213 <sup>n.s.</sup>	Não
Expectativa de resultado → Intenção	0,033417	0,247247	0,047742	0,056106	2,1660**	Sim
Suporte social → Auto-eficácia de ação	0,632737	0,057901	0,037304	0,086842	2,8700***	Sim
Intenção → Planeamento de ação	0,435641	0,385377	0,052999	0,052184	0,5383 <sup>n.s.</sup>	Não
Intenção → Consumo de fruta	0,387532	0,572456	0,062666	0,067179	1,5520 <sup>n.s.</sup>	Não
Auto-eficácia de manutenção → Consumo de fruta	-0,098436	-0,105405	0,047583	0,044155	0,0876 <sup>n.s.</sup>	Não
Planeamento de ação → Consumo de fruta	0,193352	0,057901	0,051877	0,056905	1,3449 <sup>n.s.</sup>	Não

Pretendia-se verificar se existiam diferenças significativas entre os alunos que viviam num meio mais rural e os que viviam num meio urbano. Na Tabela 4.27, pode verificar-se que dos onze caminhos analisados, apenas dois são estatisticamente significativos, com níveis de significância entre os 5 e 1%. No que concerne à hipótese  $H_{15}$  em estudo, a nível empírico, a hipótese não é suportada, porque não possui fatores suficientes que determinem que o modelo explique melhor para os adolescentes que vivem em rurais comparativamente com os que vivem em meios urbanos, tal como defendem Shi *et al.* (2005), que afirmam que não existe associação entre o consumo de fruta e o meio social. Os adolescentes do meio rural apresentam uma elevada influência do suporte social para a auto-eficácia de ação. Este resultado parece dever-se ao facto destes adolescentes estudarem ou viverem num meio mais

pequeno, acentuando-se mais a influência que os outros possam ter na sua auto-eficácia no consumo de fruta e a possível disponibilidade para o consumo deste alimento, nos terrenos agrícolas. Em contrapartida os adolescentes do meio urbano apresentam um valor mais elevado das expectativas de resultado para a intenção do consumo de fruta, possivelmente por terem mais acesso às novas tecnologias e a maior diversidade de informação, no que concerne aos benefícios e consequências.

Relativamente aos resultados obtidos pela investigação desenvolvida, entende-se que seria relevante determinar novos constructos ou a introdução de efeitos moderadores que pudessem explicar melhor o comportamento do consumo de fruta por parte dos adolescentes. Os dados empíricos desta investigação não suportaram as hipóteses,  $H_{10}$ ,  $H_{11}$ ,  $H_{13}$ , e  $H_{15}$

Resumidamente, a avaliação do modelo proposto vem responder aos objetivos pretendidos, podendo afirmar-se que os modelos HAPA que se debruçam sobre a análise de comportamentos em saúde, mais concretamente no âmbito do consumo de alimentos saudáveis, tornam-se interessantes em serem estudados pelo facto de se poderem desenvolver estratégias eficazes para o *marketing* social. O valor da variância explicada do constructo referente ao consumo de fruta, apesar de débil, é quase moderado (46,6%), mas encontrando-se com um valor similar ou até mesmo superior a outros estudos efetuados com o modelo HAPA. A maioria destes estudos são referentes a comportamentos de hábitos alimentares longitudinais, contrariamente ao presente estudo que é de natureza transversal, visto a recolha de dados ter ocorrido num único momento. De acordo com o estudo longitudinal de Schwarzer e Renner (2000), os valores da variância explicada para um comportamento de uma dieta baixa em gordura foi entre os 39% e os 54%, determinados pela intenção e auto-eficácia de manutenção. No mesmo estudo, os autores determinaram o valor de variância explicada para o comportamento do consumo de uma dieta com elevado aporte de fibra, tendo sido o valor entre os 33% e 43%, obtidos pelos mesmos constructos que no estudo anterior. Segundo o estudo longitudinal de Schwarzer *et al.* (2007), o valor da variância explicada para um comportamento alimentar foi de 73%, através do planeamento de ação e auto-eficácia de recuperação. No estudo longitudinal de Renner *et al.* (2008), os valores obtidos de variância explicada para um comportamento de uma dieta baixa em gordura foi de 40% para as mulheres e 33% para os homens, através do planeamento de *coping* e auto-eficácia de manutenção. De acordo com o estudo longitudinal de Schwarzer e Luszczynska (2008), a variância explicada de um comportamento para um consumo de alimentos com alto teor de gordura foi de 46%, através do planeamento de ação e da auto-eficácia de recuperação. Segundo o estudo longitudinal de Scholz *et al.* (2009), o valor da variância explicada para um comportamento de alimentação baixa em gordura foi de 34%, através das intenções, controlo de ação e do planeamento de ação. De acordo com os estudos longitudinais de Godinho *et al.* (2013b), os valores da variância explicada variaram entre os 75% e os 80%, através da intenção, controlo de ação, planeamento de *coping*. No estudo transversal de Renner e Schwarzer (2005), através deste modelo, o valor da variância explicada para o comportamento de uma alimentação saudável foi de 48%, sendo que este

constructo era determinado pela intenção e auto-eficácia de ação. O resultado obtido neste estudo revela que é necessária mais investigação para determinar quais os fatores que afetam o restante valor ainda por explicar no consumo de fruta por parte dos adolescentes.

As respostas obtidas relacionadas com o comportamento associado ao consumo de fruta por parte dos adolescentes indicam a existência de repercussões teóricas e práticas que se pretende abordar no capítulo seguinte.

*Fatores comportamentais determinantes no consumo de fruta nos adolescentes  
Características das campanhas publicitárias para um possível aumento de consumo*

# Capítulo V - Conclusões e reflexões finais

---

## 5.1. Conclusões

Após a finalização das abordagens teóricas e empíricas do estudo, apresentam-se, as principais conclusões e as reflexões finais, assim como, respostas para o objetivo geral. Seguidamente destacar-se-ão as principais contribuições teóricas e práticas no que se refere ao sector da saúde, no *marketing* social e nas teorias comportamentais. Para finalizar este capítulo serão apresentadas as limitações do presente estudo e sugeridas linhas de investigação que poderão ser seguidas, em estudos futuros.

A obesidade tem-se tornado num grande problema de saúde pública que acarreta enormes gastos neste sector, considerando que a nível estratégico tem-se apostado mais no tratamento, e menos na prevenção. Nos últimos anos tem vindo a verificar-se um ligeiro aumento das campanhas de prevenção a nível nacional, mas lamentavelmente são escassas ou pouco duradouras não conseguindo, por isso, atingir os seus objetivos delineados. Atualmente, os jovens levam uma vida sedentária, ligada a um frenético acesso à tecnologia, normalmente aliado a maus hábitos alimentares e, conseqüentemente a pouca atividade física. Apesar desta geração de jovens ter acesso a todo o tipo de informação, verifica-se ironicamente que, esta não tem sido suficiente, nem eficaz, para colmatar os danos que a obesidade tem vindo a causar. É indiscutível a importância de um melhor conhecimento no combate desta doença, através de maior investigação sobre o comportamento do consumo alimentar nos jovens, fornecendo ferramentas para que as instituições ou organizações possam regular e apoiar as suas práticas. Concretamente propõe-se a abordagem deste problema do ponto de vista do *marketing* social, visto ser uma estratégia bastante interessante e pertinente que pode trazer soluções benéficas para esta problemática. Como a abrangência do combate à obesidade é vasta, optou-se por, neste estudo, analisar o comportamento do consumo alimentar dos adolescentes relativamente à fruta, visto ser um alimento que deve ser privilegiado num plano alimentar equilibrado, em detrimento de outros alimentos menos saudáveis.

O incentivo em criar soluções que respondam a este desafio, ou seja, determinar os fatores comportamentais que são decisivos no consumo de fruta por parte dos adolescentes e quais as características que deverão ter as campanhas publicitárias de *marketing* social, de modo a incentivarem os jovens para o consumo deste alimento foram os objetivos da presente investigação. Inicialmente para se responderem a estes objetivos houve a necessidade de uma revisão de literatura desenvolvida até ao momento, relativamente à temática em causa. Esta revisão demonstrou que a obesidade tem sido estudada no nosso país, contudo, raramente as investigações se têm aliado a iniciativas de campanhas de *marketing* social com esta efemeridade, tal como acontece há muitos anos em outros países. Esta constatação demonstra a evidente necessidade de se estudar o *marketing* social, para potenciar estratégias e soluções na prevenção da obesidade.

Para atingir o objetivo geral deste trabalho analisaram-se os fatores determinantes no comportamento dos adolescentes relativamente ao consumo de fruta através do modelo da teoria comportamental HAPA. Com o intuito de se conseguir responder a esse objetivo propôs-se um modelo teórico baseado na revisão da literatura que integra constructos frequentemente utilizados neste modelo: auto-eficácia de ação, expectativas de resultado, intenção, percepção de risco, intenção, planeamento de ação, auto-eficácia de ação, ação e o suporte social por norma pouco utilizado. Também se analisou de que forma o modelo conseguiria explicar melhor o comportamento do consumo de fruta, nos adolescentes, tendo em conta, os diferentes géneros, idades, local onde habitavam e ainda a escolha de diferentes campanhas publicitárias.

O modelo estrutural proposto, constituído pelos constructos supramencionados e a influência que estes exercem no consumo de fruta por parte dos adolescentes, indicam um resultado débil, quase moderado, demonstrando a necessidade de mais estudos sobre este tema. O modelo proposto consegue explicar 46,6% da variância do consumo de fruta pelos adolescentes.

Relativamente à relação existente entre a percepção de risco e do planeamento de ação para o consumo de fruta, verificou-se que esta não é significativa.

O principal antecedente do consumo de fruta dos adolescentes é a intenção (36,5%), que recolhe o impacto indireto da auto-eficácia de ação (47,3%) e das expectativas de resultado (8,2%), sendo a relação da percepção de risco com a intenção, não significante.

A relação entre a auto-eficácia de manutenção e o consumo de fruta, apesar de ser significativa, apresenta um valor negativo.

O suporte social foi incluído no modelo proposto tendo uma contribuição direta na auto-eficácia de ação de 17,1%, demonstrando que esta variável tem influência nas escolhas alimentares do adolescente.

Quando analisados os modelos multigrupos, obtiveram-se algumas diferenças na idade, género e na preferência de campanha publicitária, contudo, não se constataram diferenças entre os adolescentes de um meio rural ou urbano.

Sucintamente, no que diz respeito à análise multigrupo referente à idade, o modelo proposto explica melhor para os adolescentes mais velhos, do que para os mais novos no que diz respeito ao consumo de fruta. Os mais novos apresentam uma maior auto-eficácia de ação para a intenção e esta por sua vez, para o consumo de fruta. Os mais velhos apresentam maiores expectativas de resultado para a intenção, maior percepção de risco e auto-eficácia de ação para o consumo de fruta.

Em relação à análise multigrupo respeitante ao género, o modelo proposto explica melhor para as raparigas do que para os rapazes, tendo estas, mais suporte social para a auto-eficácia de ação, maior auto-eficácia de manutenção através da auto-eficácia de ação e maior percepção de risco para o consumo de fruta. Os rapazes apresentam apenas maior intenção para o planeamento de ação no consumo, e também uma maior preocupação em serem ridicularizados por consumirem fruta.

A análise multigrupo referente às diferenças existentes entre os jovens que viviam num meio rural ou urbano, não mostrou provas de que o modelo explique melhor para uma ou a outra situação. Os resultados mostraram que os jovens do meio rural apresentam uma elevada influência do suporte social para a auto-eficácia de ação e os adolescentes do meio urbano possuem maiores expectativas de resultado para a intenção.

Por fim, na última análise multigrupo procurou-se identificar as diferenças que poderiam existir relativamente ao modelo proposto, num adolescente que escolhesse uma campanha mais direcionada para o consumo de fruta ou uma outra referente a um alimento menos saudável. Os resultados obtidos indicam que o modelo explica melhor para os adolescentes que escolheram a campanha mais direcionada para a fruta, apresentando um comportamento mais predisposto para o consumo deste alimento. Estes jovens possuem uma maior auto-eficácia de ação para a auto-eficácia de manutenção, maior auto-eficácia de ação para a intenção e maior intenção para o consumo de fruta. Os adolescentes que escolheram a campanha com o alimento menos saudável têm maiores expectativas de resultado para a intenção e menos preocupação se as outras pessoas os ridicularizam por consumirem fruta, comparativamente com os outros jovens que preferiram a campanha referente à fruta, tendo revelado maior auto-eficácia de ação para o consumo de fruta e uma maior perceção de risco para o consumo desta.

No concerne à viabilidade de estratégias para os adolescentes consumirem maior quantidade de fruta, foram mencionadas pelos próprios, o facto de se ter fruta em casa, o consumo de fruta variada, a aquisição do hábito de consumo de fruta no fim da refeição, o seguimento de um bom plano alimentar, traduzindo-se em escolhas mais saudáveis que incluam fruta quando comem fora.

Relativamente às barreiras existentes para não consumirem fruta, os adolescentes inquiridos, mencionaram o sabor da fruta, a quantidade de fruta existente em casa, o odor nas mãos pela ação de descascar determinado tipo de fruta e a falta de tempo para consumir este alimento.

Em termos de campanhas publicitárias, os adolescentes afirmaram que o produto da Compal® Essencial é mais saudável, menos calórico, menos saboroso e mais caro que o Kinder Bueno®. A campanha publicitária da Kinder Bueno® foi considerada mais divertida, apelativa e criativa. Em relação aos aspetos de que gostaram mais em cada campanha, os adolescentes que deram preferência à campanha da Compal® Essencial, mencionaram como características preferenciais, o *slogan* e o facto de o produto ser em boião, bem como ser prático de transportar. Em relação à campanha do Kinder Bueno®, foi referido como características de destaque, o facto de ter uma celebridade, de ser chocolate e de ter um desportista na campanha. Os adolescentes também focaram que deveriam existir mais campanhas publicitárias referentes ao consumo de fruta e que gostavam que existissem mais campanhas publicitárias centradas na mudança de hábitos alimentares.

## **5.2. Implicações teóricas**

A partir da presente investigação, centrada no consumo de fruta por parte dos adolescentes analisaram-se três vertentes teóricas: a saúde (obesidade), as teorias comportamentais (HAPA) e o *marketing* social (campanhas publicitárias).

Este modelo teórico é maioritariamente utilizado em adultos tendo sido, por isso, desafiante aplica-lo num estudo centrado no comportamento dos adolescentes. Como a obesidade infanto-juvenil tem vindo a aumentar nos últimos anos, pretendeu-se utilizar este modelo nesta faixa etária, por ser mais participativa e necessitar de bases comportamentais a nível alimentar para futuramente serem utilizadas na idade adulta. O modelo proposto conseguiu explicar 46,6% da variância do consumo de fruta pelos adolescentes, resultado muito semelhante a outros estudos em que este modelo foi utilizado, tal como referido, no capítulo anterior.

A inclusão do suporte social, não muito utilizado no modelo HAPA teve como objetivo, determinar mais variáveis explicativas para o consumo de fruta por parte dos adolescentes, visto tratar-se de uma faixa etária que pode ser influenciada pelos familiares e amigos. Este constructo demonstrou-se significativo na explicação do consumo de fruta nos adolescentes.

A aplicação do modelo relativamente ao consumo da fruta tem sido pouco frequente e os estudos são, na sua grande maioria, longitudinais.

No presente estudo também se analisou de que forma o modelo conseguiria explicar melhor o comportamento do consumo de fruta, nos adolescentes, tendo em conta, os diferentes géneros, idades, meio rural/urbano e ainda a escolha de diferentes campanhas publicitárias, não sendo do nosso conhecimento a realização de nenhum estudo em que se analise modelos multigrupos de comportamento de consumo de fruta em adolescentes, em Portugal.

Estas implicações teóricas obtidas dão origem a algumas recomendações que podem ser implementadas na mudança comportamental dos adolescentes, para que se consiga um maior consumo de fruta e, conseqüentemente, mais estratégias para o combate da obesidade.

## **5.3. Implicações práticas**

Das implicações teóricas podem-se obter recomendações a nível prático. Relativamente ao sector da saúde, tal como foi referido anteriormente, deve existir uma abordagem mais preventiva na obesidade, principalmente, junto das faixas etárias mais novas. Conseqüentemente, quanto mais se conseguir atuar na prevenção desta efemeridade, menores serão os custos associados ao seu tratamento, gerando ao mesmo tempo melhoria dos estilos de vida, contribuído para um aumento de saúde da população e aumentando a produtividade.

Relativamente aos resultados empíricos obtidos, comprova-se que o suporte social tem influência para o consumo de fruta. Estes resultados vêm demonstrar que o suporte social é importante para os adolescentes criarem e manterem o hábito do consumo deste alimento. Apesar de ser uma faixa etária, onde ocorrem grandes transformações a nível de personalidade, a opinião dos amigos e família tem algum impacto sobre os jovens. Assim, parte do esforço no incentivo do consumo de fruta poderá passar pela consciencialização dos pais para a necessidade de formarem esse suporte social. Por outro lado, as campanhas publicitárias poderão utilizar os *peer groups*<sup>33</sup> como grupos de referência, pois verifica-se que estes também podem servir de referencial no consumo de fruta. Na escola deve ser incutido o consumo de fruta disponibilizando este alimento de uma maneira prática, e acessível. A fruta deve estar fresca, ser variada, com elevada qualidade e estar disponível quer na zona do bar quer na cantina, de preferência já preparada de forma a combater algumas das barreiras apresentadas pelos adolescentes ao consumo de fruta. O governo deve adequar as diretrizes da tutela no sentido de as escolas, no âmbito da sua autonomia, disponibilizarem um melhor serviço no que concerne a alimentação escolar e a própria distribuição de fruta fresca. Ainda no mesmo âmbito, a limitação do acesso a alimentos com alto teor calórico e com níveis reduzidos de nutrientes, nomeadamente, os disponíveis nas máquinas de venda de alimentos, seria igualmente benéfico.

Os resultados também demonstram que quanto mais reforçada for a autoconsciência dos adolescentes maior será a intenção e manutenção do consumo de fruta. Neste aspeto é extremamente importante, o suporte social de forma a incentiva-los, encoraja-los e felicita-los no consumo deste alimento, permitindo-lhes fomentar uma consciência individual para opções alimentares mais saudáveis.

No que concerne à influência exercida entre expectativa de resultado e a intenção, esta demarca a necessidade de os adolescentes terem cada vez mais informação sobre o benefício do consumo de fruta para a saúde, aumentando assim, a intenção de consumi-la. Tendo em conta este aspeto e segundo Pollard *et al.* (2008), as campanhas centradas no consumo de fruta devem permitir o aumento do conhecimento relativo à recomendação diária de fruta, melhorando a perceção da necessidade de consumir este tipo de alimentos e simultaneamente a redução de barreiras existentes ao seu consumo.

A nível das campanhas publicitárias, o governo deve voltar-se, cada vez mais, para atividades de *marketing* social com o intuito de aumentar o consumo de fruta pelos adolescentes, implementando a utilização de uma legislação que diminua a publicidade a alimentos menos saudáveis, tornando-os mais caros e de difícil de acesso (Hoek, 2005), pois verificou-se que os jovens têm consciência das opções mais e menos dispendiosas. Deverá ainda regulamentar a necessidade de profissionais de saúde da área alimentar nas escolas, câmaras e em todas as instituições que estejam ligadas à alimentação de crianças e jovens, pois estes poderão fazer um trabalho de consciencialização junto dos adolescentes. Neste

---

<sup>33</sup> De acordo com Berns (2009), os *peer groups* são grupos de indivíduos que partilham características e interesses similares.

sentido, após a análise sobre as características das campanhas publicitárias, valorizadas pelos jovens, concluiu-se através do presente estudo que estas devem ser: divertidas e apelativas, tendo sido mencionado que na campanha da Danup® os jovens a associavam à diversão pelo facto de focar os festivais de música e por ser dirigida a esta faixa etária; criativas, tendo sido referido o gráfico que aparece na publicidade da Donuts® associando-o ao produto publicitado; com um *slogan* atrativo, as campanhas do Kinder Bueno® e da Compal® Essencial foram focadas por terem um *slogan* facilmente memorizável; apresentadas por uma celebridade, de preferência reconhecida por esta faixa etária, tal como a campanha do Kinder Bueno®, que pelo facto de ter um desportista, transmite aos jovens ser um produto saudável; e atrativas, ao ser referido que as campanhas do Kinder Bueno® e do Donuts® provocam vontade do consumo do produto anunciado. Os adolescentes afirmaram ainda, que o produto publicitado deve ser: saboroso, tendo sido mencionado que quanto mais calórico é mais vontade dá de o consumir, tal como o Donuts®; barato, tendo sido justificado o facto de não consumirem mais os produtos da Compal® Essencial, por os considerarem caros; e prático de transportar, sendo considerada como uma das vantagens dos produtos da Compal® Essencial. No que diz respeito aos meios de comunicação, as campanhas deverão aparecer, em especial, na televisão e internet®, visto serem os meios mais utilizados pelos adolescentes. No entanto, deve ter-se em atenção os canais utilizados, porque foi mencionado pelos jovens que não se lembravam da campanha do Movimento Energia Positiva por não terem hábito de ver o canal em que era transmitida. Os jovens mencionaram ainda, que deveriam existir mais campanhas publicitárias centradas na promoção para o consumo de fruta, de forma a instigar a mudança alimentar dos adolescentes.

Embora seja certo que ainda existe um longo caminho a percorrer no combate da obesidade, as estratégias de *marketing* social constituem uma vantagem competitiva em relação à publicidade de alimentos pouco saudáveis, podendo, desta forma, alcançar melhores níveis de saúde para os adolescentes e permitir a longo-prazo, uma melhor repercussão económica e social sobre o sector da saúde.

#### **5.4. Limitações do estudo e futuras linhas de investigação**

Este estudo, à semelhança de outros, possui algumas limitações.

Primeiramente, verificaram-se algumas dificuldades, em realizar uma revisão da literatura de uma forma mais exaustiva visto terem sido retratados nesta investigação diversas vertentes teóricas, saúde, *marketing* social, teorias comportamentais e o consumo de fruta na adolescência. Por outro lado, o facto de existir um tempo limitado para a dissertação impediu a realização de um estudo longitudinal e também impossibilitou a análise de maior número de escolas.

Das limitações observadas no processo de investigação também surgem futuras linhas de investigação que colmatariam as limitações encontradas.

A realização de um estudo longitudinal tornar-se-ia interessante na avaliação dos adolescentes em dois períodos distintos, bem como a realização de um estudo com uma

amostragem a nível regional ou nacional. Num estudo futuro, a aplicação de entrevistas individuais, em vez de *focus groups* poderia evitar viés de opinião. Seria importante analisar outros fatores que influenciam o consumo de fruta nos adolescentes e que não foram tidos em conta neste estudo. A utilização de estratégias na avaliação de diferentes formas de aplicação de *marketing* social poderia ser interessante, num segundo período, a fim de determinar a sua eficácia na alteração no comportamento. No que diz respeito ao modelo, seria pertinente tentar determinar quais os fatores que influenciam determinados caminhos entre as variáveis, tornando-os negativos ou não significativos estatisticamente. Poderia também, utilizar-se no modelo variáveis com efeito moderador que pudessem motivar o consumo de fruta, bem como, melhorar o modelo proposto com outros constructos, como por exemplo, o índice de massa corporal, controlo de ação e auto-eficácia de recuperação. Para além da fruta, poderia ser relevante a utilização de um modelo a nível do consumo de vegetais, alimentos com pouco açúcar e gordura, como já foi utilizado noutros estudos, mas com incidência nos adolescentes. Relativamente às campanhas publicitárias, tornar-se-ia desafiante tentar determinar mais características que fomentassem uma boa campanha para o consumo de fruta, bem como outras estratégias de *marketing* social que conseguissem almejar esse objetivo.

Em resumo, espera-se que os resultados desta investigação, assim como os estudos similares já realizados, possam contribuir para colmatar lacunas que possam existir na literatura e, simultaneamente ajudar na implementação de estratégias viáveis a nível do *marketing* social para o combate da obesidade envolvendo entidades políticas, familiares, sociais e escolares.

*Fatores comportamentais determinantes no consumo de fruta nos adolescentes  
Características das campanhas publicitárias para um possível aumento de consumo*

## Referências bibliográficas

- Adamson, B., Benelam, B. (2013). "From awareness to action: Can knowledge about what constitutes a healthy diet and lifestyle be translated into sustainable behavior change?", *Nutrition Bulletin*, V.38, N.1, March, pp.1-4.
- Albers, S. (2009). "PLS and success factor studies". In: Vinzi, V., Chin, W., Henseler, J., Wang, H. (Edi). *Handbook of partial least squares: Concepts, methods and applications*. (409-25), Berlin: Springer.
- Albuquerque, D., Nóbrega, C., Samouda, H., Manco, L. (2012). "Assessment of Obesity and Abdominal Obesity among Portuguese Children", *Acta Médica Portuguesa*, V.25, N.3, May-June, pp.169-73.
- Almazor, M. (2011). "Changing Health Behaviors with Social Marketing", *Osteoporosis International*, V.22, N.3, August, pp.461-63.
- Anderson-Bill, E., Winett, R., Wojcik, J. (2000). "Social Cognitive Determinants of Nutrition Behavior among Supermarket Shoppers: A Structural equation analysis", *Health Psychology*, V.19, N.5, September, pp.479-86.
- \_\_\_\_\_. (2007). "Self-Regulation, Self-Efficacy, Outcome Expectations, and Social Support: Social Cognitive Theory and Nutrition Behavior", *Annals of Behavioral Medicine*, V.34, N.3, October, pp.304-12.
- \_\_\_\_\_. (2011). "Social Cognitive Determinants of Nutrition and Physical Activity among web-health users enrolling in a online intervention: The influence of social support, self-efficacy, outcome expectations, and self-regulation", *Journal of Medical Internet Research*, V.13, N.1, March, e28.
- Anderson-Bill, E., Winett, R., Wojcik, J., Winett, S., Bowden, T. (2001). "A Computerized Social Cognitive Intervention for Nutrition Behavior: Direct and Mediated effects on fat, fiber, fruits, vegetables, self-efficacy, and outcome expectations among food shoppers", *Annals of Behavioral Medicine*, V.23, N.2, Spring, pp.88-100.
- Anderson-Bill, E., Wojcik, J., Winett, R., Williams, D. (2006). "Social-cognitive determinants of physical activity: the influence of social support, self-efficacy, outcome expectations, and self-regulation among participants in a church-based health promotion study", *Health Psychology*, V.25, N.4, July, pp.510-20.
- \_\_\_\_\_. (2011). "Aging and Social Cognitive Determinants of Physical Activity Behavior and Behavior Change: Evidence from the Guide to Health Trial", *Journal of Aging Research*, April, pp.1-12.
- Andreasen, A. (1994). "Social Marketing: It's definition and domain", *Journal of Public Policy & Marketing*, V.13, N.1, Spring, pp.108-14.
- Ball, K., MacFarlane, A., Crawford, D., Savige, G. (2009). "Can social cognitive theory constructs explain socio-economic variations in adolescent eating behaviours? A mediation analysis", *Health Education Research*, V.24, N.3, June, pp.496-506.
- Baranowski, T., Anderson, C., Carmack, C. (1998). "Mediating Variable Framework in Physical Activity Interventions. How are we doing? How might we do better?", *American Journal of Preventive Medicine*, V.15, N.4, November, pp.266-97.
- Baranowski, T., Cullen, K., Nicklas, T., Thompson, D., Baranowski, J. (2003). "Are current health behavioral change models helpful in guiding prevention of weight gain efforts?", *Obesity Research*, V.11, October, pp.23S-43.

- Bauer, K., Yang, Y., Austin, S. (2004). "How can we stay healthy when you're throwing all of this in front of us? Findings from focus groups and interviews in middle schools on environmental influences on nutrition and physical activity", *Health Education & Behavior*, V.31, N.1, February, pp.34-46.
- Bauer, K., Larson, N., Nelson, M., Story, M., Neumark-Sztaiiber, D. (2009). "Fast food intake among Adolescents: Secular and Longitudinal Trends from 1999 to 2004", *Preventive Medicine*, V.48, N.3, March, pp.284-87.
- Bell, A., Simmons, A., Sanigorski, A., Kremer, P., Swinburn, B. (2008). "Preventing childhood obesity: the sentinel site of obesity prevention in Victoria, Australia", *Health Promotion International*, V.23, N.4, September, pp.328-36.
- Bell, A., Swinburn, B. (2004). "What are the key food groups to target for preventing obesity and improving nutrition in schools?", *European Journal of Clinical Nutrition*, V.58, N.2, February, pp.258-63.
- Bennett, P., Murphy, S. (1999): "*Psicologia e promoção da Saúde*", 1ª Edição, Lisboa: Climepsi Editores.
- Bere, E., Klepp, K. (2004). "Correlates of fruit and vegetable intake among Norwegian schoolchildren: parental and self-reports", *Public Health Nutrition*, V.7, N.8, December, pp.991-98.
- Berns, R. (2009): "*Child, family, school, community: Socialization and support*", 8ª Edição, Califórnia: Cengage Learning.
- Bibeau, W., Moore, J., Caudill, P., Topp, R. (2008). "Case Study of a Transtheoretical Case Management approach to Addressing Childhood Obesity", *Journal of Pediatric Nursing*, V.23, N.2, April, pp.92-100.
- Bica, I., Cunha, M., Costa, J., Rodrigues, V., Santos, M., Montero, J. (2012). "Hábitos alimentares na adolescência: implicações no estado de saúde", *Millenium*, V.42, January-July, pp.85-103.
- Bloom, P., Novelli, W. (1981). "Problems and challenges in social marketing", *Journal of Marketing*, V.45, Spring, pp.79-88.
- Boeing, H., Bechthold, A., Bub, A., Ellinger, S., Haller, D., Kroke, A., Leschik-Bonnet, E., Müller, M., Oberritter, H., Schulze, M., Stehle, P., Watzl, B. (2012). "Critical review: vegetables and fruit in the prevention of chronic diseases", *European Journal of Nutrition*, V.51, N.6, September, pp.637-63.
- Boynton-Jarret, R., Thomas, T., Peterson, K., Wiecha, J., Sobol, A., Gortmaker, S. (2003). "Impact of television viewing patterns on fruit and vegetable consumption among adolescents", *Pediatrics*, V.112, N.6, December, pp.1321-326.
- Brei, V., Neto, G. (2006). "O uso da técnica de modelagem em equações estruturais na área de marketing: um estudo comparativo entre publicações no Brasil e exterior", *Revista de Administração Contemporânea*, V.10, N.4, October/December, pp.131-51.
- Brug, J., Lechener, L., De Vries, H. (1995). "Psychosocial determinants of fruit and vegetable consumption", *Appetite*, V.25, N.3, December, pp.285-96.
- Brug, J., Oenema, A., Ferreira, W. (2005). "Theory, evidence and intervention mapping to improve behavioral nutrition and physical activity interventions", *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, V.2, N.2, April, pp.1-7.

- Cavicchi, A., Stefani, G., Romano, D., Santini, C. (2011). "Exploring social marketing landscapes: A review of healthy food campaigns", *African Journal of Business Management*, V.5, N.5, March, pp.1533-342.
- Chin, W. (1998). "The Partial Least Squares approach to structural equation modelling". In: Marcoulides, G. (Edi). *Modern methods for business research*. (295-336), New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
- Cismaru, M., Lavack, A. (2007). "Social marketing campaigns aimed at preventing and controlling obesity: A review and recommendations", *International Review on Public and Non Profit Marketing*, V.4, N.1/2, December, pp.9-30.
- Contento, I. (2011): "*Nutrition Education: Linking Research, Theory, and Practice*", 2ª Edition, London: Jones and Bartlett Publishers International.
- Corcoran, N. (2013): "*Communicating Health: Strategies for Health Promotion*", 2ª Edition, London: Sage.
- Coser, A. (2012). "*Modelo de Análise da influência do capital intelectual sobre a performance dos projectos de software*". [Tese Doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Cullen, K., Eagan, J., Baranowski, T., Owens, E., de Moor, C. (2000). "Effect of a la carte and snack bar foods at school on children's lunchtime intake of fruits and vegetables", *Journal of the American Dietetic Association*, V.100, N.12, December, pp.1482-86.
- Cullen, K., Baranowski, T., Klesges, L., Watson, K., Sherwood, N., Story, M., Zakeri, I., Leachman-Slawson, D., Pratt, C. (2004). "Anthropometric, parental, and psychosocial correlates of dietary intake of African-American Girls", *Obesity Research*, V.12, Supplement, September, pp.20-31S.
- Daniel, W., Cross, C. (2013): "*Biostatistics: A Foundation for analysis in the health sciences*", 10ª Edition, New York: John Wiley & Sons.
- De Bourdeaudhuij, I., Van Oost, P. (2000). "Personal and family determinants of dietary behaviour in adolescents and their parents", *Psychology and Health*, V.15, N.6, pp.751-70.
- De Bruijn, G. (2010). "Understanding college students' fruit consumption. Integrating habit strength in the theory of planned behavior", *Appetite*, V.54, N.1, February, pp.16-22.
- Directorate-General for Health and consumers. (2010). "*Strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity related health issues*", Implementation progress report, Bruxelas: European Commission Press.
- Donovan, R. (2011). "Social marketing's mythunderstandings", *Journal of Social Marketing*, V.1, N.1, pp.8-16.
- Evans, A., Wilson, D., Buck, J., Torbett, H., Williams, J. (2006). "Outcome expectations, barriers and strategies for healthful eating - A perspective from adolescents from low-income families", *Family & Community Health*, V.29, N.1, January-March, pp.17-27.
- Evans, W. (2008). "Social marketing campaigns and children's media use", *The future of children*, V.18, N.1, Spring, pp.181-203.
- Evans, W., Christoffel, K., Necheles, J., Becken, A. (2010). "Social marketing as a childhood obesity prevention strategy", *Obesity*, V.18, N.1, February, pp.23S-26.
- Ferreira, J. (2010). "*Prevalência de Obesidade infanto-juvenil: Associação com os Hábitos Alimentares, Actividade Física e Comportamentos Sedentários dos Adolescentes*

- escolarizados de Portugal Continental”. [Tese Doutoramento]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Fertman, C., Allesenworth, D. (2010): “*Health Promotion Programs - From Theory to Practice*”, San Francisco: Jossey-Bass.
- Fischer, C., Brug, J., Tak, N., Yngve, A., Velde. (2011). “Differences in fruit and vegetable intake and their determinants among 11-year-old schoolchildren between 2003 and 2009”, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, V.8, N.141, December, pp.1-12.
- Fitzgerald, E., Bunde-Birouste, A., Webster, E. (2009). “Thought the eyes of children: engaging primary school-age children in creating supportive school environments for physical activity and nutrition”, *Health Promotion Journal of Australia*, V.20, N.2, August, pp.127-32.
- Fitzgibbon, M., Stolley, M., Schiffer, L., Van Horn, L., KauferChristoffel, K., Dyer, A. (2005). “Two-year follow-up results for Hip-Hop to Health Jr.: A Randomized controlled trial for Overweight Prevention in Preschool Minority Children”, *The Journal of Pediatrics*, V.146, N.5, May, pp.618-25.
- Foltz, J., May, A., Belay, B., Nihiser, A., Dooywma, C., Blanck, H. (2012). “Population-level intervention strategies and examples for obesity prevention in children”, *Annual Review of Nutrition*, V.32, N.32, August, pp.391-415.
- Fonseca, M. (2008). “*A Obesidade na Adolescência: Um contributo para a Melhor Compreensão dos Factores Psicossociais Associados à Obesidade e Excesso de Peso nos Adolescentes Portugueses*”. [Tese Doutoramento]. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Ford, E., Ahluwalia, I., Galuska, D. (2000). “Social relationships and cardiovascular disease risk factors: Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey”, *Preventive Medicine*, V.30, N.2, February, pp.83-92.
- Garcia-Marco, L., Vicente-Rodríguez, G., Borys, J., Le Bodo, Y., Pettigrew, S., Moreno, L. (2011). “Contribution of Social Marketing Strategies to Community-Based Obesity Prevention programmes in Children”, *International Journal of Obesity*, V.35, N.4, April, pp.472-79.
- Garcia-Marco, L., Moreno, L., Vicente-Rodríguez, G. (2012). “Impact of social marketing in the prevention of childhood obesity”, *American Society for Nutrition*, V.3, N.4, July, pp.611S-15.
- Godinho, C., Alvarez, M., Lima, M. (2013a). “Formative research on HAPA model determinants for fruit and vegetable intake: target beliefs for audiences at different stages of change”, *Health Education Research*, V.28, N.6, December, pp.1014-028.
- Godinho, C., Alvarez, M., Lima, M., Schwarzer, R. (2013b). “Will is not enough: Coping planning and action control as mediators in the prediction of fruit and vegetable intake”, *British Journal of Health Psychology*, December, pp.1-15.
- Goldenberg, P., Marsiglia, R., Gomes, M. (2003): “*O Clássico e o Novo - Tendências, Objectivos e Abordagens em Ciências Sociais e Saúde*”, Rio de Janeiro: Editora FioCruz.
- Gollwitzer, P. (1999). “Implementation Intentions: Strong effects of simple plans”, *American Psychologist*, V.54, N.7, July, pp.493-503.
- Gordon, R., McDermott, L., Stead, M., Angus, K. (2006). “The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: What’s the evidence?”, *Public Health*, V.120, N.12, December, pp.1133-139.

- Green, J., Tones, K. (2010): *“Health Promotion Planning and Strategies”*, 2ª Edition, London: Sage.
- Greening, L., Stoppelbein, L., Chandler, C., Elkin, T. (2005). “Predictors of children’s and adolescent’s risk perception”, *Journal of Pediatric Psychology*, V.30, N.5, February, pp.425-35.
- Grier, S., Bryant, C. (2005). “Social marketing in public health”, *Annual Review Public Health*, V.26, N.1, April, pp.319-39.
- Guillaumie, L., Godin, G., Manderscheid, J., Spitz, E., Muller, L. (2012). “The impact of self-efficacy and implementation intentions-based interventions on fruit e vegetables intake among adults”, *Psychology and Health*, V.27, N.1, pp.30-50.
- Gutiérrez-Doña, B., Lippke, S., Renner, B., Kwon, S., Schwarzer, R. (2009). “Self-Efficacy and Planning Predict Dietary Behaviors in Costa Rica and South Korean Women: Two Moderated Mediation Analyses”, *Applied Psychology: Health and Well-Being*, V.1, N.1, March, pp.91-104.
- Hair, J., Ringle, C., Sarstedt, M. (2011). “PLS-SEM: Indeed a silver bullet”, *Journal of Marketing Theory and Practice*, V.19, N.2, Spring, pp.139-151.
- Hankonen, N., Absetz, P., Ghisletta, P., Renner, B., Uutela, A. (2010). “Gender differences in social cognitive determinants of exercise adoption”, *Psychology and Health*, V.25, N.1, January, pp.55-69.
- Hawley, L., Harker, D., Harker, M. (2010). “A Social Cognitive Approach to tackle inactivity and Obesity in young Australians”, *Journal of Business Research*, V.63, N.2, February, pp. 116-20.
- Hedley, A., Ogden, C., Johnson, C., Carroll, M., Curtin, L., Flegal, K. (2004). “ Prevalence of Overweight and Obesity among US Children, Adolescents and Adults, 1999-2002”, *The Journal of the American Medical Association*, V.291, N.23, June, pp.2847-850.
- Henley, N., Raffin, S., Caemmerer, B. (2011). “The application of marketing principles to a social campaign”, *Marketing Intelligence & Planning*, V.29, N.7, pp.697-706.
- Her Majesty’s Government. (2010). *“Healthy Lives, Healthy People: Our strategy for public health in England - White Paper”*, Londres: Her Majesty’s Stationery Office.
- Hill, L., Casswell, S., Maskill, C., Jones, S., Wyllie, A. (1998). “Fruit and vegetables as adolescents food choices in New Zealand”, *Health Promotion International*, V.13, N.1, pp.55-65.
- Hunter, W., McNaughton, S., Crawford, D., Ball, K. (2010). “Does food planning mediate the association between living arrangements and fruit and vegetable consumption among women aged 40 years and older?”, *Appetite*, V.54, N.3, June, pp.533-37.
- Institute of Medicine of The National Academies. (2006). *“Food Marketing to Children and Youth: Treat or Opportunity?”*, Washington D.C.: The National Academies Press.
- Joaquim, S. (2010). *“Excesso de peso e alguns comportamentos alimentares de crianças em idade escolar”*. [Projecto final de Licenciatura]. Barcarena: Universidade Atlântica.
- Keil, M., Tan, B., Wei, K., Saarinen, T., Tuunainen, V., Wassenaar, A. (2000). “A cross-cultural study on escalation of commitment behavior in software projects”, *MIS Quarterly*, V.24, N.2, June, pp.299-325.
- Khunti, K., Stone, M., Sinfield, P., Pancholi, A., Walter, S., Talbot, D., Farrooqi, A., Davies, M. (2008), “Primary prevention of type-2 diabetes and heart disease: action research in

- secondary schools serving an ethnically diverse UK population”, *Journal of Public Health* (Oxford-England), V.30, N.1, March, pp.30-7.
- Kim, H-S., Ahn, J., No, J-K. (2012). “Applying the Health Belief Model to college students’ health behavior”, *Nutrition Research and Practice*, V.6, N.6, December, pp.551-58.
- Kirk, S., Scott, B., Daniels, S. (2005). “Pediatric Obesity Epidemic: Treatment Options”, *Journal of American Dietetic Association*, V.105, S.5, May, pp.44-51.
- Klepp, K-I., Pérez-Rodrigo, C., De Bourdeaudhuij, I., Due, P., Elmadfa, I., Haraldsdóttir, J., König, J., Sjostrom, M., Thorsdottir, I., Vaz de Almeida, M., Yngve, A., Brug, J. (2005). “Promoting fruit and vegetable consumption among European schoolchildren: rationale, conceptualization and design of the Pro Children project”, *Annals of Nutrition & Metabolism*, V.49, July, pp.212-20.
- Klepp, K-I., Wind, M., De Bourdeaudhuij, I., Pérez-Rodrigo, C., Due, P., Bjelland, M., Brug, J. (2007). “Television viewing and exposure to food-related commercials among European school children, associations with fruit and vegetable intake: a cross sectional study”, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, V.4, N.46, September, pp.1-8.
- Koletzko, B., Guéronnière, V., Toschke, A., Von Kries, R. (2004). “Nutrition in Children and Adolescents in Europe: What is the Scientific Basis? Introduction”, *British Journal of Nutrition*, V.92, S.2, October, pp.S67-73.
- Kotler, P., Zaltman, G. (1971). “Social Marketing: An approach to planned social change”, *Journal of Marketing*, V.35, N.3, July, pp.3-12.
- Kreps, G., Maibach, E. (2008). “Transdisciplinary Science: The Nexus between Communication and Public Health”, *Journal of Communication*, V.58, N.4, December, pp.732-48.
- Krolner, R., Rasmussen, M., Brug, J., Klepp, K., Wind, M., Due, P. (2011). “Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part II: qualitative studies”, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, V.8, N.112, October, pp.1-38.
- Kubik, M., Lytle, L., Fulkerson, J. (2005). “Fruits, vegetables, and football: findings from focus groups with alternative high school students regarding eating and physical activity”, *Journal Adolescent Health*, V.36, N.6, June, pp.494-500.
- Lafferty, B. (2004). “Social marketing: improving the quality of life: Book Reviews”, *Organization & Environment*, V.17, N.2, June, pp.281-85.
- Lange, D., Richert, J., Koring, M., Knoll, N., Schwarzer, R., Lippke, S. (2013). “Self-regulation prompts can increase fruit consumption: A one-hour randomized controlled online trial”, *Psychology and Health*, V.28, N.5, pp.533-45.
- Larson, N., Fulkerson, J., Story, M., Neumark-Sztainer, D. (2013). “Shared meals among young adults are associated with better diet quality and predicted by family meal patterns during adolescence”, *Public Health Nutrition*, V.16, N.5, May, pp.883-93.
- Lautenschlager, L., Smith, C. (2007). “Beliefs, knowledge, and values held by inner-city youth about gardening, nutrition, and cooking”, *Agriculture and Human Values*, V.2, N.24, June, pp.245-58.
- Lazzeri, G., Giacchi, M., Dalmaso, P., Vieno, A., Nardone, P., Lamberti, A., Spinelli, A., Cavallo, F. and the Italian HBSC 2010 group. (2013). “The methodology of the Italian HBSC 2010 study (Health Behaviour in School-aged Children)”, *Annali di Igiene*, V.25, N.3, June pp.225-33.

- Lien, N., Lytle, A., Klepp, I. (2001). "Stability in consumption of fruit, vegetables, and sugary foods in a cohort from age 14 to age 21", *Preventive Medicine*, V.33, N.3, September, pp. 217-26.
- Lien, N., Lytle, A., Komro, K. (2002). "Applying theory of planned behavior to fruit and vegetable consumption of young adolescents", *American Journal of Health Promotion*, V. 16, N.4, March-April, pp.189-97.
- Linde, J., Rothman, A., Baldwin, A., Jeffery, R. (2006). "The impact of self-efficacy on behavior change and weight change among overweight participants in loss trial", *Health Psychology*, V.25, N.3, May, pp.282-91.
- Litosseliti, L. (2007). "*Using Focus Groups in research*", London: Continuum.
- Luca, N., Suggs, S. (2013). "Theory and Model use in Social Marketing Health Interventions", *Journal of Health Communication*, V.18, N.1, August, pp.20-40.
- Luszczynska, A., Schwarzer, R. (2003). "Planning and self-efficacy in the adoption and maintenance of breast self-examination: A longitudinal study on self-regulatory cognitions", *Psychology and Health*, V.18, N.1, pp.93-108.
- Luszczynska, A., Gibbons, X., Piko, B. (2004). "Self-Regulatory cognitions, Social comparison and perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among Adolescents in Hungary, Poland, Turkey and USA", *Psychology Health*, V.19, N.5, January, pp.577-93.
- Luszczynska, A. (2006). "An implementation intentions intervention, the use of a planning strategy, and physical activity after myocardial infraction", *Social Science & Medicine*, V.62, N.4, February, pp.900-08.
- Luszczynska, A., Tryburcy, M., Schwarzer, R. (2007). "Improving fruit and vegetable consumption: a self-efficacy intervention compared with a combined self-efficacy and planning intervention", *Health Education Research*, V.22, N.5, October, pp.630-38.
- Lytle, L., Varnell, S., Murray, D., Story, M., Perry, S., Birnbaum, A., Kubik, M. (2003). "Predicting adolescents' intake of fruits and vegetables", *Journal of Nutrition Education and Behavior*, V. 35, N.4, July-August, pp.170-75.
- Markoni, M., Lakatos, E. (2011): "*Metodologia Científica*", 5ª Edição, São Paulo: Atlas.
- McKinley, M., Lowis, C., Robson, P., Wallace, J., Morrissey, M., Moran A., Livingstone, M. (2005). "It's good to talk: children's views on food and nutrition", *European Journal of Clinical Nutrition*, V. 59, N.4, April, pp.542-51.
- Mello, E., Luft, V., Meyer, F. (2004). "Obesidade Infantil: como podemos ser eficazes?. Sociedade Brasileira de Pediatria. Artigo de Revisão", *Jornal de Pediatria*, V.80, N.3, May-June, pp.173-82.
- Millstein, S., Halpen-Felsher, B. (2001). "Perception of risk and vulnerability". In: Fischhoff, B., Nightingale, O. & Iannotta, J. (Edi). *Adolescent risk and vulnerability: Concepts and measurement*. (15-49), Washington D.C.: National Academy Press.
- Molaison, E., Connell, C., Stuff, J., Yadrick, M., Bogle, M. (2005). "Influences on fruit and vegetable consumption by low-income black American adolescents", *Journal of Nutrition Education and Behavior*, V.5, N.37, September, pp.246-51.
- Monge-Rojas, R. (2001). "Fruits and vegetables consumption among Costa Rican adolescents", *Archivos Latinoamericanos de nutrición*, V.51, N.1, March, pp.81-5.

- Monge-Rojas, R., Garita, C., Sánchez, M., Muñoz, L. (2005). "Barriers to and motivators for healthful eating as perceived by rural and urban Costa Rica adolescents", *Journal of Nutrition Behavior*, V.37, N.1, January-February, pp.33-40.
- Moore, L., Singer, M., Qureshi, M., Bradlee, M., Daniels, S. (2012). "Food group intake and micronutrient adequacy in adolescent girls", *Nutrients*, V.4, N.11, November, pp.1692-708.
- Musaiger, A., Gregory, W. (1992). "Dietary habits of school-children in Bahrain", *Journal of the Royal Society of Health*, V.112, N.4, August, pp.159-62.
- Neal, P. (2010). *Childhood Obesity Campaigns: a comparative analysis of media campaigns targeting general e specific audiences*. [Master]. Kansas: Wichita State University.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Resnick, M., Blum, R. (1996). "Correlates of Inadequate Fruit and Vegetable Consumption among Adolescents", *Preventive Medicine*, V.25, N.5, September-October, pp.497-505.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Perry, C., Casey, M. (1999). "Factors influencing food choices of adolescents: findings from focus-group discussions with adolescents", *Journal of American Dietetic Association*, V.99, N.8, August, pp.929-37.
- Neumark-Sztainer, D., Hannan, P., Story, M., Croll, J., Perry, C. (2003a). "Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents", *Journal of the American Dietetic Association*, V.103, N.3, March, pp.317-22.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Perry, C., Story, M. (2003b). "Correlates of fruit and vegetables intake among adolescents: Findings from Project EAT", *Preventive Medicine*, V.37, N.3, September, pp.198-208.
- Noar, S., Benac, C., Harris, M. (2007). "Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions", *Psychological Bulletin*, V.133, N.4, July, pp.673-93.
- Norman, P., Conner, M. (2005). "The theory of planned behavior and exercise: Evidence for the mediating and moderating roles of planning on intention-behavior relationships", *Journal of Sport & Exercise Psychology*, V.27, N.4, December, pp.488-504.
- O'dea, J. (2003). "Why do kids eat healthful food? Perceived benefits of barriers to healthful eating and physical activity among children and adolescents", *Journal of the American Dietetic Association*, V.103, N.4, April, pp.497-501.
- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P., Rosado, V. (2004). "Prevalence of Overweight and Obesity in 7-9-year-old Portuguese Children: Trends in body Mass Index from 1970-2002", *American Journal of Human Biology*, V.16, N.6, November-December, pp.670-78.
- Paulus, D., Saint-Remy, A., Jeanjean, M. (2001). "Dietary habits during adolescence-results of the Belgian Androlux Study", *European Journal of Clinical Nutrition*, V.55, N.2, February, pp.130-36.
- Pereira, J., Mateus, C., Amaral, M. (1999). "Custo da Obesidade em Portugal - Documento de Trabalho 4/99", *Associação portuguesa de Economia da Saúde*, Outubro.
- Pereira, J., Mateus, C. (2003). "Custos Indirectos Associados à Obesidade em Portugal", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, V.3, pp.65-80.
- Pereira, F., Estrela, R., Bruno, J. (2013). "A influência da publicidade nas crianças". [Relatório de Investigação]. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

- Pérez-Rodrigo, C., Aranceta, J. (2003). "Nutrition Education in Schools: Experiences and Challenges", *European Journal of Clinical Nutrition*, V. 47, S.1, September, pp.582-585.
- Perloff, L., Fetzer, B. (1986). "Self-other judgments and perceived vulnerability to victimization", *Journal of Personality and Social Psychology*, V.50, N.3, March, pp. 502-510.
- Pham, K., Harrison, G., Kagawa-Singer, M. (2007). "Perceptions of diet and physical activity among California Hmong adults and youths", *Preventing Chronic Disease*, V.4, N.4, October, pp.A93.
- Pimentel, M. (2006). "Obesidade infantil: Um desafio para a família e para a escola". In: Costa, M. & Leandro, M. (Org.). *Participação, saúde e solidariedade: riscos e desafios*. (971-976), Braga: Universidade do Minho - Instituto de Ciências Sociais.
- Poddar, K., Hosig, K., Anderson-Bill, E., Nicklos-Richardson, S., Duncan, S. (2012). "Dairy Intake and Related Self-Regulation improved in College Students using online Nutrition Education", *Journal of The Academy of Nutrition and Dietetics*, V.12, N.112, December, pp.1976-986.
- Pollard, C., Miller, M., Daly, A., Crouchley, K., O'Donoghue, K., Lang, A., Binns, C. (2008). "Increasing fruit and vegetable consumption: success of the Western Australian Go for 2&5 campaign", *Public Health Nutrition*, V.11, N.3., March, pp.314-20.
- Powell, L., Szczypka, G., Chaloupka, F. (2007). "Exposure to food advertising on television among US children", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, V.161, N.6, June, pp.553-60.
- Prado, P. (2002). "Integração da Qualidade Percebida, Resposta Afetiva e Satisfação no Processo de Compra-Consumo de Serviços". In: 24º Encontro Nacional da ANPAD, Anais de Marketing do ENANAPD, Rio de Janeiro: ANPAD.
- Proctor, M., Moore, L., Gao, D., Cupples, L., Bradlee, M., Hood, M., Ellison, R. (2003). "Television viewing and change in body fat from preschool to early adolescence: the Framingham Children's Study", *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, V.27, N.7, July, pp.827-33.
- Randolph, W., Viswanath, K. (2004). "Lessons from Public Health mass media campaigns: Marketing Health in crowded media world", *Annual Review of Public Health*, V.25, pp.419-37.
- Rasmussen, M., Krolner, R., Klepp, K., Lytle, L., Brug, J., Bere, E., Due, P. (2006). "Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part I: quantitative studies", *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, V.3, N.22, August, pp.1-19.
- Rayner, M. (2007). "Social marketing: How might this contribute to tackling obesity? The International Association for the study of obesity", *Obesity Reviews*, V.8, S.1, pp. 195-99.
- Renner, B., Schwarzer, R. (2005). "The motivation to eat a healthy diet: How intender and nonintenders differ in terms of risk perception, outcomes expectancies, self-efficacy, and nutrition behavior", *Polish Psychological Bulletin*, V.36, N.1, pp.7-15.
- Renner, B., Spivak, Y., Kwon, S., Schwarzer, R. (2007). "Does age make a difference? Predicting physical activity of south Koreans", *Psychology and Aging*, V.22, N.3, September, pp.482-93.
- Renner, B., Kwon, S., Yang, B-H., Paik, K-C., Kim, S., Roh, S., Song, J., Schwarzer, R. (2008). "Social-Cognitive Predictors of Dietary Behaviors in South Korean Men and Women", *International Journal of Behavioral Medicine*, V.15, N.1, January-March, pp.4-13.

- Reuter, T., Ziegelmann, J., Wiedemann, A., Geiser, C., Lippke, S., Schwarzer, R. (2010). "Changes intentions, planning, and self-efficacy predict changes in behaviors", *Journal of Health Psychology*, V.15, N.6, September, pp.935-47.
- Rhee, K., Lago, C., Arscott-Mills, T., Mehta, S., Davis, R. (2005). "Factors Associated with Parental readiness to make changes for Overweight Children", *Official Journal of the American Academy Pediatrics*, V.116, N.1, July, pp.e94-101.
- Resnicow, K., Davis-Hearn, M., Smith, M., Baranowski, T., Lin, L., Baranowski, J., Doyle, C., Wang, D. (1997). "Social-cognitive predictors of fruit and vegetable intake in children", *Health Psychology*, V.16, N.3, May, pp.272-76.
- Ribeiro, V. (2010). "O Impacto Económico da Obesidade em Portugal - Custos Directos com o Internamento". [Mestrado]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Rising, R., Lifshitz, F. (2005). "Relationship between Maternal Obesity and Infant feeding-interactions", *Nutritional Journal*, V.4, N.17, May, pp.1-13.
- Rito, A., Paixão, E., Carvalho, A., Ramos. (2012): "Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2010", Lisboa: INSA, IP.
- Rolls, B., Ello-Martin, J., Tohill, B. (2004). "What can intervention studies tell us about the relationship between fruit and vegetable consumption and weight management?", *Nutrition Reviews*, V.62, N.1, January, pp.1-17.
- Rosenstock, I. (1974). "Historical origins of the health belief model". In: Becker, M. (Edi). *The Health belief Model and personal health behavior*. (1-8), Thorofare NJ.: Charles, B. Slack, Inc.
- Rothschild, M. (1999). "Carrots, sticks, and promises: a conceptual framework for the management of public health and social issue behaviors", *Journal of Marketing*, V.63, N.4, October, pp.24-37.
- Sa, J., Lock, K. (2008). "Will European Agricultural Policy for Scholl Fruit And Vegetable Improve Public Health?: A Review of School Fruit and Vegetable Programmes", *European Journal of Public Health*, V.18, N.6, December, pp.558-68.
- Sallis, J., Grossman, R., Pinski, R., Patterson, T., Nader, P. (1987). "The development of scales to measure social support for diet and exercise behaviors", *Preventive Medicine*, V.16, N.6, November, pp.825-36.
- Sardinha, L., Santos, R., Vale, S., Silva, A., Ferreira, J., Raimundo, A., Moreira, H., Baptista, F., Mota, J. (2011). "Prevalence of Overweight and Obesity among Portuguese youth: A Study Representative Sample of 10-18-year-old Children and Adolescents", *International Journal of Pediatric Obesity*, V.6, N. 2, June, pp.e124-28.
- Scholz, U., Sniehotta, F., Schwarzer, R. (2005). "Exercise Psychology Predicting physical exercise in cardiac rehabilitation: The role of phase-specific self-efficacy beliefs", *Journal of Sport & Exercise Psychology*, V.27, I.2, June, pp.S135-51.
- Scholz, U., Schuz, B., Ziegelmann, P., Lippke, S., Schwarzer, R. (2008). "Beyond behavioural intentions: Planning mediates between intentions and physical activity", *British Journal of Health Psychology*, V.13, September, pp.479-94.
- Scholz, U., Nagy, G., Gohner, W., Luszczynska, A., Kliegel, M. (2009). "Changes in self-regulatory cognitions as predictors of changes in smoking and nutrition behavior", *Psychology and Health*, V.24, N.5, June, pp.545-61.
- Schwarzer, R., Renner, B. (2000). "Social-Cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy", *Health Psychology*, V.19, N.5, September, pp.487-95.

- Schwarzer, R., Luszczynska, A. (2006). "Self-efficacy, Adolescents' Risk-Talking Behaviors, and Health". In: Pajares, F. & Urdan, T. *Self-efficacy Beliefs of Adolescents: A volume in the series Adolescent and education*. V.5. (139-159), Greenwich: Information Age Publishing.
- \_\_\_\_\_. (2008). "How to Overcome Health-Compromising Behaviors: The Health Action Process Approach", *European Psychologist*, V.13, N.2, pp.141-151.
- Schwarzer, R., Schuz, B., Ziegelmann, J., Lippke, S., Luszczynska, A., Scholz, U. (2007). "Adoption and Maintenance of Four Health Behaviors: Theory-Guided Longitudinal Studies on Dental Flossing, Seat Belt Use, Dietary Behavior, and Physical activity", *Annals of Behavioral Medicine*, V.33, N.2, April, pp.156-66.
- Schwarzer, R., Knoll, N. (2007). "Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview", *International Journal of Psychology*, V.42, N.4, August, pp.243-52.
- Schwarzer, R. (2008a). "Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors", *Applied Psychology: An International Review*, V.57, N.1, January, pp.1-29.
- \_\_\_\_\_. (2008b). "Some burning issues in research on health behavior change", *Applied Psychology: An International Review*, V.57, N.1, January, pp.84-93.
- Sheeran, P., Webb, T., Gollwitzer, P. (2005). "The interplay between goal intentions and implementations intentions", *Personality and Social Psychology Bulletin*, V.31, N.1, January, pp.87-98.
- Sheeran, P., Gollwitzer, P. (2006). "Implementations intentions and goal achievement: a meta-analysis of effects and processes", *Advances in Experimental Social Psychology*, V.38, pp.69-119.
- Shive, S., Morris, M. (2006). "Evaluation of the energize your life! Social marketing campaign pilot study to increase fruit intake among community college students", *Journal of American College Health*, V.55, N.1, July-August, pp.33-9.
- Singhal, V., Schwenk, W., Kumar, S. (2007). "Evaluation and Management of Childhood and Adolescent Obesity", *Mayo Clinic Proceedings*, V.82, N.10, October, pp.1258-564.
- Smith, W. (2006). "Social Marketing: an overview of approach and effects", *Injury Prevention*, V.12, S.1, June, pp.i38-43.
- Sniehotta, F., Scholz, U., Schwarzer, R. (2005). "Bridging the intention-behaviour gap: planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise", *Psychology and Health*, V.20, N.2, pp.S143-60.
- \_\_\_\_\_. (2006). "Action plans and coping plans for physical exercise: A longitudinal intervention study in cardiac rehabilitation", *British Journal of Health Psychology*, V.11, February, pp.23-37.
- Snyder, L. (2007). "Health communication campaigns and their impact on behavior", *Journal of Nutrition Education and Behavior*, V.39, Supl.2, March-April, pp.S32-40.
- Sousa, J. (2011): "*Obesidade Infanto-Juvenil em Portugal: Associação com os Hábitos Alimentares, Actividade Física e Comportamentos Sedentários dos Adolescentes Escolarizados de Portugal Continental*", Lisboa: Edições Colibri.
- Stead, M., Gordon, R., Angus, K., McDermott, L. (2007). "A systematic review of social marketing effectiveness", *Health Education*, V.107, N.2, pp.126-91.

- Steptoe, A., Peekins-Porras, L., Rink, E., Hilton, S., Cappuccio, F. (2004). "Psychological and Social predictors of changes in fruit and vegetable consumption over 12 months following behavioral and nutrition education counseling", *Health Psychology*, V.23, N.6, November, pp.574-81.
- Story, M., Neumark-Sztainer, D., French, S. (2002). "Individual and environmental influences on adolescent eating behavior", *Journal of the American Association*, V.102, N.3, Supplement, March, pp.540-51.
- Sumonja, S., Novakovic, B. (2013). "Determinants of fruit, vegetable, and dairy consumption in a sample of schoolchildren, northern Serbia, 2012", *Preventing Chronic Disease*, V.10, October, pp.1-9.
- Tapp, A., Eagle, L., Spotswood, F. (2008). "*Social Marketing-Based Strategy: Report prepared for a south west public health observatory*", Bristol Social Marketing Centre. Bristol Business School: University of the West of England Press.
- Turato, E. (2005). "Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da Saúde: Definição, Diferenças e seus Objectos de Pesquisa", *Revista Saúde Pública*, V.39, N.3, June, pp.507-14.
- Utter, J., Neumark-Sztainer, D., Jeffery, R., Story, M. (2003). "Couch potatoes or french fries: are sedentary behaviors associated with body mass index, physical activity, and dietary behaviors among adolescents?", *Journal of the American Dietetic Association*, V.103, N.10, October, pp.1298-305.
- Veiga, P. (2008). "Out-of-pocket Health Care Expenditures Due to Excess of Body Weight in Portugal", *Economics and Human Biology*, V.6, N.1, March, pp.127-42.
- Vereecken, C., Maes, L., Bacquer, D. (2004). "The influence of parental occupation and the pupils' educational level on lifestyle behaviours among adolescents in Belgium", *The Journal of Adolescent Health*, V.34, N.4, April, pp.330-38.
- Vereecken, C., Bobelij, K., Maes, L. (2005). "School food policy at Primary and Secondary Schools in Belgium-Flanders: Does it influence young people's food habits?", *European Journal of Clinical Nutrition*, V.59, N.2, February, pp.271-77.
- Videon, T., Manning, C. (2003). "Influences on adolescent eating patterns:the importance of family meals", *The Journal of Adolescent Health*, V.32, N.5, May, pp.365-73.
- Viner, R., Cole, T. (2005). "Adult Socioeconomic, Educational, Social, and Psychological outcomes of Childhood Obesity: A National Birth cohort Study", *British Medical Journal*, V. 330, June, pp.1354-357.
- Wang, Y., Lobstein, T. (2006). "Worldwide Trends in Childhood Overweight and Obesity", *International Journal of Pediatric Obesity*, V.1, N.1, pp.11-25.
- Wardle, J., Haase, A., Steptoe, A., Nillapun, M., Jonwutiwes, K. (2004). "Gender Differences in Food Choice: The Contribution of Health Beliefs and Dieting", *Annals of Behavioral Medicine*, V.27, N.2, April, pp.107-16.
- Warwick, J., McIlveen, H., Strugnell, C. (1999). "Food choices of 9-17-years olds in Northern Ireland - influences and challenges", *Nutrition & Food Science*, V.99, N.5, pp.229-36.
- Williams, H., Woodward, D., Ball, P., Cumming, F., Hornsby, H., Boon, J. (1993). "Food perceptions and food consumption among Tasmanian high school students", *The Dieticians Association of Australia*, V. 50, N.4, pp.156-63.
- Wind, M., Bobelij, K., De Bourdeaudhuij, I., Klepp, K., Brug, J. (2005). "A qualitative exploration of determinants of fruit and vegetable intake among 10 and 11-year-old

- schollchildren in the low countries”, *Annals of Nutrition and Metabolism*, V.49, N.4, July, pp.228-35.
- Woodward, D. (1986). “What influences adolescent food intakes?”, *Human Nutrition. Applied Nutrition*, V.40, N.3, June, pp.185-94.
- Woodward, D., Boon, J., Cumming, F., Ball, P., Williams, H., Hornsby, H. (1996). “Adolescents’ reported usage of selected foods in relation to their perceptions and social norms for those foods”, *Appetite*, V.27, N.2, October, pp. 109-117.
- World Health Organization. (2004). “Young People Health in Context - Health Behavior in School-Aged Children (HBDC) Study: International Report from 2001/2002 Survey”, *Health Policy for Children and Adolescents*, V.4, pp.1-248.
- Wrotniak, B., Epstein, L., Paluch, R., Roemmich, J. (2004). “Parent Weight change as a Predictor of Child Weight change in Family-Based behavioral Obesity Treatment”, *Archives of Pediatrics & Adolescents Medicine*, V.158, N.4, April, pp.342-47.
- Wymer, W. (2011). “Developing more effective social marketing strategies”, *Journal of Social Marketing*, V.1, N.1, pp.17-31.
- Xie, B., Gilliland, F., Li, Y., Rockett, H. (2003). “Effects of ethnicity, family income, and education on dietary intake among adolescents” *Preventive Medicine*, V.36, N.1, January, pp.30-40.
- Yannakoulia, M., Karayiannis, D., Terzidou, M., Kokkevi, A., Sidossis, L. (2004). “Nutrition-related habits of Greek adolescents”, *European Journal of Clinical Nutrition*, V.58, N.4, April, pp.580-86.
- Young, E., Fors, S., Fasha, E., Hayes, D. (2004). “Associations between perceived parent behaviors and middle school student fruit and vegetable consumption”, *Journal of Nutrition Education and Behavior*, V.36, N.1, January-February, pp.2-8.
- Ynge, A., Wold, A., Poortvliet, E., Elmadfa, I., Brug, J., Ehrenblad, B., Franchini, B., Haraldsdóttir, J., Krolner, R., Maes, L., Pérez-Rodrigo, C., Sjostrom, M., Thorsdóttir I., Klepp, K. (2005). “Fruit and vegetable intake in sample of 11-year-old children in 9 European countries: The Pro children cross-sectional survey”, *Annals of Nutrition and Metabolism*, V.49, N.4, July-August, pp.236-45.
- Zeinstra, G., Koelen, M., Kok, F., Graff, C. (2007). “Cognitive development and children’s perceptions of fruit and vegetables, a qualitative study”, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, V.4, N.30, July, pp.1-11.

## Webgrafia

- Administração Regional de Saúde do Norte. (2009). *Marketing Alimentar ou Influenciar quem come. Programa de Alimentação Saudável Escolar: PASSE*.  
<http://www.passe.com.pt/public/upload/pdf/saude/marketing%20alimentar.pdf>.  
15-05-13 14:01
- Alves, M. (2001). *Marketing Infantil: Um Estudo sobre a influência da Publicidade Televisiva nas Crianças*.  
[https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17955/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado\\_M%C3%B3nica%20Almeida%20Alves\\_2009130843.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/17955/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado_M%C3%B3nica%20Almeida%20Alves_2009130843.pdf). 14-05-13 12:36
- American Dietetic Association. (2006). *Position of the American Dietetic Association: Individual-, Family-, Scholl-, and Community- Based Interventions for Pediatric Overweight*.

- [http://andevidecelibrary.com/files/File/Individual%20Family%20School%20and%20Community-based%20Interventions%20for%20Pediatric%20Overweight\\_ADA%20Position%20Paper%20June%202006.pdf](http://andevidecelibrary.com/files/File/Individual%20Family%20School%20and%20Community-based%20Interventions%20for%20Pediatric%20Overweight_ADA%20Position%20Paper%20June%202006.pdf). 16-05-13 13:21
- Bandura, A. (2004). *Health Promotion by Social Cognitive Means*. In: *Health Education & Behaviour*.  
<http://www.sophe.org/ui/socialcognitive2.pdf>. 10-05-13 09:45
- Bauman, A., Madill, J., Craig, C., Salmon, A. (2004). *ParticipACTION: This mouse roared, but did it get the cheese?*  
<http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/1453/1642> 17-02-14 12:48
- Bere, E., Klepp, K. (2005). *Changes in accessibility and preferences predict children's future fruit and vegetable intake*.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1262749/> 25-03-14 21:38
- Bowman, S., Gortmaker, S., Ebbeling, C., Pereira, M., Ludwig, D. (2004). *Effects of Fast-Food Consumption on Energy Intake and Diet Quality Among Children in a National Household Survey*.  
<http://www.commercialalert.org/FastFoodLudwig.pdf>. 22-03-14 21:44
- British Medical Association. (2003). *Adolescent Health*.  
[http://bmaopac.hosted.exlibrisgroup.com/exlibris/aleph/a21\\_1/apache\\_media/7KEBU5EKXNI9TGXJERH43E48IF9BE8.pdf](http://bmaopac.hosted.exlibrisgroup.com/exlibris/aleph/a21_1/apache_media/7KEBU5EKXNI9TGXJERH43E48IF9BE8.pdf). 15-05-13 10:00
- Burton, S., Creyer, E., Kees, J., Huggins, K. (2006). *Attacking the Obesity Epidemic: The Potential Health Benefits of Providing Nutrition Information in Restaurants*.  
<http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2004.054973> 15-02-14 01:45
- Cambridgeshire County Council. (2008). *Cambridgeshire obesity prevention e management strategy 2008-2011*.  
<http://www.cambridgeshirepct.nhs.uk/downloads/Your%20Health/OtherPublicHealthReports/Obesity%20Prevention%20and%20Management%20Strategy%202008.2011.pdf>. 19-05-13 12:44
- Cavallo, F., Giacchi, M., Vieno, A., Galeone, D., Lamberti, A., Nardone, P., Andreozzi, S. (2013). *Studio HBSC Italia (Health Behaviour in School-Aged Children): rapporto sui dati 2010*.  
<http://www.iss.it/publ/index.php?lang=1&id=2685&tipo=5> 22-01-14 19:21
- Change4Life. (2013). *What is Change4Life?*.  
<http://www.nhs.uk/change4life/Pages/change-for-life.aspx>. 13-05-13 17:55
- Chin, W. (2000). *Frequently Asked Questions - Partial Least Squares & PLS-Graph. Home Page.[On-line]*  
<http://disc-nt.cba.uh.edu/chin/plsfaq.htm> 29-03-14 20:54
- Cole, T., Bellizzi, M., Flegal, K., Dietz, W. (2000). *Establishing Standard Definition for Child Overweight and Obesity Worldwide: International Survey*.  
[http://www.bmj.com/highwire/filestream/350165/field\\_highwire\\_article\\_pdf\\_abri/0.pdf](http://www.bmj.com/highwire/filestream/350165/field_highwire_article_pdf_abri/0.pdf). 18-05-13 10:44
- Comissão Europeia. (2007). *Livro Branco sobre: Uma estratégia para a Europa em matéria de problemas de saúde ligadas à nutrição, ao excesso de peso e à obesidade*.  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/nutrition\\_wp\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_pt.pdf). 21-05-13 20:34

- \_\_\_\_\_. (2012). *Relatório da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho - em conformidade com o artigo 184.º, n.5, do Regulamento (CE) nº1234/2007 do Conselho, sobre a aplicação do regime de distribuição de fruta nas escolas.*  
[http://ec.europa.eu/agriculture/sfs/documents/documents/com2012-768\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/agriculture/sfs/documents/documents/com2012-768_pt.pdf). 26-01-14 23:00
- Conselho da Europa. (2007). *Regulamento Nº1234/2007 do Conselho de 22 de Outubro de 2007 que estabelece uma organização comum dos mercados agrícolas e disposições específicas para certos produtos agrícolas (Regulamento «OCM única»).* *Jornal Oficial L 299 de 16 de Novembro de 2007.*  
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:2007R1234:20130701:PT:PDF>  
23-01-14 22:00
- Cullen, K., Thompson, V., Watson, K., Nicklas, T. (2005). *Marketing fruit and vegetables to middle school students: formative assessment results.*  
<http://docs.schoolnutrition.org/newsroom/jcnm/05fall/cullen/> 23-02-14 01:06
- Dalfovo, M., Lana, R., Silveira, A. (2008). *Métodos Quantitativos e Qualitativos: Um Resgate Teórico.*  
[http://www.unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/metodos\\_quantitativos\\_e\\_qualitativos\\_um\\_resgate\\_teorico.pdf](http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodos_quantitativos_e_qualitativos_um_resgate_teorico.pdf). 22-05-13 10:14
- Dedman, D., Jones, A., Tocque, K., Belis, M. (2006). *Everyone's talking about... Social marketing.*  
[http://www.nwph.net/nwpho/publications/Synthesis\\_6\\_Socialmarketing.pdf](http://www.nwph.net/nwpho/publications/Synthesis_6_Socialmarketing.pdf). 10:11:13 22:26
- Dehgham, M., Akhtan-Danesh, N., Merchant, A. (2005). *Childhood Obesity, Prevalence and Prevention.*  
<http://www.nutritionj.com/content/pdf/1475-2891-4-24.pdf>. 19-05-13 23:09
- Direcção-Geral de Saúde e Ministério da Saúde. (s.d). *Plataforma contra a Obesidade.*  
[http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage\\_institucional.aspx?menuid=113](http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_institucional.aspx?menuid=113). 21-05-13 11:03
- \_\_\_\_\_. (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade.*  
[http://static.publico.pt/docs/pesoemedia/Programa\\_Nacional\\_De\\_Combate\\_Obesidade\\_2005.pdf](http://static.publico.pt/docs/pesoemedia/Programa_Nacional_De_Combate_Obesidade_2005.pdf) 30-10-13 19:08
- Early Childhood Obesity Prevention: Strategic Plan 2008-2013. (2008).  
<http://samuelsandassociates.com/samuels/upload/obesity/5ECOP.pdf>. 20-05-13 11:58
- EPODE. (2013). *What?*  
<http://www.epode-european-network.com/>. 20-05-13 14:55
- European Commission. (2013). *Evaluation of the implementation of the Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and Obesity related health issues: Final Report.*  
[http://ec.europa.eu/health/nutrition\\_physical\\_activity/docs/pheiac\\_nutrition\\_strategy\\_evaluation\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/pheiac_nutrition_strategy_evaluation_en.pdf). 15-03-14 20:21
- Ferreira, V., Magalhães, R. (2007). *Nutrição e Promoção da Saúde: Perspectivas Actuais.*  
[http://www.scielo.br/pdf/csp/v2\\_3n7/19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v2_3n7/19.pdf). 22-05-13 12:45
- Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, Instituto do Consumidor, Programa Operacional Saúde XXI (2003). *A Nova Roda dos Alimentos...um guia para a escolha alimentar diária! Coma bem, viva melhor!*  
<http://www.dgs.pt/promocao-da-saude/educacao-para-a-saude/areas-de-intervencao/alimentacao.aspx> 27-01-14 16:46

- Fitzgerald, A., Heary, C., Nixon, E., Kelly, C. (2010). *Factors influencing the food choices of Irish Children and Adolescents: a qualitative investigation*.  
[http://www.nuigalway.ie/health\\_promotion/documents/General\\_Staff\\_Publications/2010\\_ja\\_factors\\_influencing\\_the\\_food\\_choices\\_of\\_irish\\_children.pdf](http://www.nuigalway.ie/health_promotion/documents/General_Staff_Publications/2010_ja_factors_influencing_the_food_choices_of_irish_children.pdf). 23-05-13 17:22
- Galp Energia. (2007). Galp Energia apresenta «Movimento Energia Positiva».  
<http://www.galpenergia.com/PT/agalpenergia/Noticias/Paginas/Galp-Energia-apresenta-movimento-Energia-Positiva.aspx> 17-03-14 22:20
- Gillman, M., Rifas-Shiman, S., Frazier, A., Rockett, H., Junior, C., Field, A., Berkey, C., Colditz, G. (2000). *Family dinner and diet Quality among older Children and Adolescents*.  
[http://triggered.edina.clockss.org/ServeContent?rft\\_id=info:doi/10.1001/archfami.9.3.235](http://triggered.edina.clockss.org/ServeContent?rft_id=info:doi/10.1001/archfami.9.3.235). 25-05-13 15:57
- Governo de Portugal. (2012). *Discurso do Ministro da Saúde no encerramento da conferência: “Obesidade infantil: A epidemia do Século XXI”*.  
[http://www.portugal.gov.pt/media/583907/20120504\\_ms\\_obesidade.pdf](http://www.portugal.gov.pt/media/583907/20120504_ms_obesidade.pdf). 17-05-13 13:02
- Gregório, M., Cavalcanti, D., Vasconcelos, I., Padrão, P. (2010). *Políticas de Alimentação e Nutrição: Brasil e Portugal*.  
<http://www.spcna.pt/publicacoes/?imc=7n&publicacao=21&edicao=72&fmo=pa>. 19-05-13 16:57
- Hawkins, R., Kreuter, M., Resnicow, K., Fishbein, M., Dijkstra, R. (2008). *Understanding tailoring and communicating about health*.  
<http://her.oxfordjournals.org/content/23/3/454.long> 05-01-14 17:44
- Health Behavior in School-age Children. (2006). *Aventura Social & Saúde: A saúde dos adolescentes portugueses hoje e em 8 anos. Relatório preliminar do estudo HBSC*.  
[http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio\\_nacional\\_2006.pdf](http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_nacional_2006.pdf). 23-01-14 18:41
- 
- \_\_\_\_\_. (2010). *A saúde dos adolescents portugueses: Relatório do estudo HBSC 2010*.  
[http://aventurasocial.com/arquivo/1334762276\\_Relatorio\\_HBSC\\_2010\\_PDF\\_Finalissimo.pdf](http://aventurasocial.com/arquivo/1334762276_Relatorio_HBSC_2010_PDF_Finalissimo.pdf) f. 05-02-14 19:25
- Hoek, J. (2005). *Marketing communications and obesity: a view from the dark side*.  
<http://journal.nzma.org.nz/journal/118-1220/1608/> 01-03-14 21:17
- Institute of Medicine of the National Academies. (2009). *Local government actions to prevent childhood obesity*.  
<http://www.iom.edu/-/media/Files/Report%20Files/2009/ChildhoodObesityPreventionLocalGovernments/local%20govts%20obesity%20report%20brief%20FINAL%20for%20web.ashx>. 18-05-13 10:54
- 
- \_\_\_\_\_. (2011). *Early childhood obesity prevention policies: Goals, recommendations and potential actions. Recommendations 2011*.  
<http://www.iom.edu/-/media/Files/Report%20Files/2011/Early-Childhood-Obesity-Prevention-Policies/Young%20Child%20Obesity%202011%20Recommendations.pdf>. 18-05-13 11:10
- 
- \_\_\_\_\_. (s.d.). *Early childhood obesity prevention policies. Committee on obesity prevention policies for young children*.  
[http://www2.aap.org/obesity/community\\_advocacy/IOM\\_ObesityPrevention.pdf](http://www2.aap.org/obesity/community_advocacy/IOM_ObesityPrevention.pdf). 18-05-13 11:25
- Jones, S., Iverson, D., Penman, A., Tang. (2005). *A Practical Application of Theory: using Social Marketing Theory to develop innovative and comprehensive sun protection campaigns*.

<http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1077&context=hbspapers>.  
19-05-13 16:24

- Kapetanaki, A., Brennan, D., Caraher, M. (2014). *Social marketing and healthy eating: findings from Young people in Greece*. Online first at:  
<http://link.springer.com/article/10.1007/s12208-013-0112-x> 01-04-14 10:25
- Laaksonen, C., Holmberg, J., Von Schantz, M. (2012). *Health promotion in adolescence: what about the social media?*  
<http://www.uasjournal.fi/index.php/uasj/article/view/1425/1350> 12-02-14 01:13
- Leventhal, H., Singer, R., Jones, S. (1965). *Effects of fear and specificity of recommendation upon attitudes and behavior*.  
[http://www.academia.edu/259447/Effects\\_of\\_Fear\\_and\\_Specificity\\_of\\_Recommendation\\_Upon\\_Attitudes\\_and\\_Behavior](http://www.academia.edu/259447/Effects_of_Fear_and_Specificity_of_Recommendation_Upon_Attitudes_and_Behavior) 20-01-14 22:10
- Lytle, L., Perry, C. (2001). *Applying Reserach and Theory in Program Planning: Na exemple from a Nutrition Education Intervention*.  
[http://coe.utep.edu/ted/images/academic\\_programs/graduate/pdfs/healtharticles/Apply ing%20Research%20and%20Theory.pdf](http://coe.utep.edu/ted/images/academic_programs/graduate/pdfs/healtharticles/Apply%20Research%20and%20Theory.pdf). 22-05-13 18:33
- Machado, M., Alves, M., Couceiro, M. (2011). *Saúde infantil e juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde*.  
[http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/30/20120206114435\\_art\\_original\\_machado mc\\_42.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/30/20120206114435_art_original_machado mc_42.pdf). 12-12-13 23:45
- Machado, C., Camfield, C., Cipolat., C., Quadros, J. (2012). *Os 4 P's do Marketing: uma Análise em uma Empresa Familiar do Ramo de Serviços do Norte do Rio Grande do Sul*.  
<http://www.aedb.br/seget/artigos12/32016481.pdf>. 22-01-14 22:03
- Mason, H., Crabtree, V., Caudill, P., Topp, R. (2008). *Childhood Obesity: A Transtheoretical Case: Management Approach*.  
<http://fataids.org/assets/pdf/s0882596308001152.pdf>. 28-04-13 15:54
- Ministério da Agricultura do Desenvolvimento Rural das Pescas, Ministério da Saúde, Ministério da Educação. (2010). *Estratégia Nacional: Regime de Fruta Escolar (2010-2013)*.  
<http://www.dge.mec.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=86> 23-01-14 19:00
- Morais, R. (2011). *A Família e a Escola: Os desafios da educação para os media*.  
<http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/lmc/article/viewFile/501/474>.  
22-05-13 11:00
- National Institute of Health. (s.d.). *Theory at a Glance: A guide for health promotion practice*.  
[http://coe.wayne.edu/kinesiology/health/pdf/theories\\_of\\_health\\_behavior.pdf](http://coe.wayne.edu/kinesiology/health/pdf/theories_of_health_behavior.pdf). 20-12-13 20:45
- National Social Marketing Centre. (2006). *Social marketing works! - A powerful and adaptable approach for achieving and sustaining positive behavior. [Leaflet]*.  
[http://www.thensmc.com/sites/default/files/Social\\_marketing\\_works\\_NHS.pdf](http://www.thensmc.com/sites/default/files/Social_marketing_works_NHS.pdf).  
19-05-13 18:07
- New South Wales Department of Health. (2009). *NSW Government Plan for preventing overweight and obesity in children, young people and their families: 2009-2011*.  
[http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2009/pdf/obesity\\_action\\_plan.pdf](http://www0.health.nsw.gov.au/pubs/2009/pdf/obesity_action_plan.pdf). 27-05-13 19:26
- NSMC. (2011). *Big pocket guide: to using social marketing for behavior change*.  
[http://www.thensmc.com/sites/default/files/Big\\_pocket\\_guide\\_2011.pdf](http://www.thensmc.com/sites/default/files/Big_pocket_guide_2011.pdf). 17-02-14 19:42

- Portal da Compal Essencial Fruta. (n.d.). *Compal Essencial*.  
<http://www.compalesencial.pt/> 11-10-13 10:30
- Portal da Kinder Bueno. (2011). *Kinder Bueno*.  
<http://www.kinderbueno.pt/> 11-10-13 11:02
- Quigley, R., Watts, C. (2005). *Challenging beliefs about the marketing of food*.  
<http://journal.nzma.org.nz/journal/118-1218/1554/> 02-03-14 21:31
- Rito, A. (2003). *A Pré-Escola: uma Ferramenta contra a Obesidade Infantil*.  
[http://www.apn.org.pt/xFiles/scContentDeployer\\_pt/docs/Doc43.pdf](http://www.apn.org.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc43.pdf). 15-05-13 10:20
- Rodrigues, R., Raposo, M., Ferreira, J. (2007). *Propensão para a criação da própria empresa: Proposta e teste de um modelo conceptual com recurso a equações estruturais*.  
<file:///C:/Users/Joana%20Godinho/Downloads/Dialnet-PropensaoParaACriacaoDaPropriaEmpresapropostaATest-2234358.pdf>. 25-03-14 20:33
- Ruiter, R., Abraham, C., Kok, G. (2001). *Scary warnings and rational precautions: a review of psychology of fear appeals*.  
<http://psychsustain.voices.wooster.edu/files/2014/01/fear-appeals.pdf>. 27-01-14 18:27
- Shi, Z., Lien, N., Kumar, B., Holmboe-Ottesen, G. (2005). *Socio-demographic differences in food habits and preferences of school adolescents in Jiangsu Province, China*.  
<http://www.readcube.com/articles/10.1038/sj.ejcn.1602259> 03-04-14 10:43
- Taveras, E., Berkey, C., Rifas-Shiman, S., Ludwig, D., Rockett, H., Field, A., Colditz, G., Gillman, M. (2005). *Association of Consumption of Fried Food Away From Home With Body Mass Index and Diet Quality in Older Children and Adolescents*.  
<http://pediatrics.aappublications.org/content/116/4/e518.full.pdf>. 02-04-14 01:28
- Tetens, I., Alinia, S. (2009). *The role of fruit consumption in the prevention of obesity*.  
[http://www.jhortscib.com/isafruit/isa\\_pp047\\_051.pdf](http://www.jhortscib.com/isafruit/isa_pp047_051.pdf). 22-01-14 19:35
- Tom, C. (2012). *Symposium in social marketing in obesity: Toward an integrated approach to addressing overweight and obesity across Australia*.  
[http://www.cancer.org.au/content/pdf/ACDPA/SocialMarketinginObesitySymposiumReport\\_FINAL080212.pdf](http://www.cancer.org.au/content/pdf/ACDPA/SocialMarketinginObesitySymposiumReport_FINAL080212.pdf). 20-05-13 15:59
- Wammes, B., Breedveld, B., Looman, C., Brug, J. (2005). *The impact of a national mass media campaign in the Netherlands on the prevention of weight gain*.  
[http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN8\\_08%2FS1368980005001503a.pdf&code=cf92e25858564f7567d2aaa56a4c8e16](http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPHN%2FPHN8_08%2FS1368980005001503a.pdf&code=cf92e25858564f7567d2aaa56a4c8e16) 13-02-14 01:41
- Wang, Y., Bentley, M., Zhai, F., Popkin, B. (2002). *Tracking of dietary intake patterns of Chinese from childhood to adolescence over a six-year follow-up period*.  
<http://nutrition.highwire.org/content/132/3/430.full> 26-03-14 02:16
- Wakefield, M., Loken, B., Hornick, R. (2010). *Use of mass media campaigns to change health behavior*.  
[http://www.union-imdp.org/files/Use.of\\_.Mass\\_.Media\\_.Campaigns.to\\_.Change.Health.Behaviour.pdf](http://www.union-imdp.org/files/Use.of_.Mass_.Media_.Campaigns.to_.Change.Health.Behaviour.pdf). 16-05-13 12:00
- World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*.  
[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_894.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf). 14-05-13 13:12
- \_\_\_\_\_. (2003a). *Diet, nutrition, and the prevention of chronic disease: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, Series N° 916, Geneva*.  
[http://whqlibdoc.who.int/trs/who\\_trs\\_916.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf). 18-02-14 19:10

- \_\_\_\_\_. (2003b). *Fruit and Vegetable Promotion Initiative: Report of the meeting, 25-27 August, Geneva*.  
[http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/f&v\\_promotion\\_initiative\\_report.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/f&v_promotion_initiative_report.pdf). 18-02-14 20:00
- \_\_\_\_\_. (2009). *Intervention on diet and physical activity: What works. Summary Report*.  
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/summary-report-09.pdf?ua=1> 19-02-14 10:02
- \_\_\_\_\_. (2013a). *Obesity and Overweight*.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. 21-05-13 14:01
- \_\_\_\_\_. (2013b). *WHO European Region Food and Nutrition Action Plan 2014 - 2020*.  
[http://www.observatorio.naos.aesan.msssi.gob.es/docs/docs/documentos/1\\_2013\\_food.pdf](http://www.observatorio.naos.aesan.msssi.gob.es/docs/docs/documentos/1_2013_food.pdf). 15-03-14 20:34
- World Health Organization and Food Agriculture Organization of the United Nations. (2004). *Fruit and Vegetables for Health: Report of a Joint FAO/WHO Workshop, 1-3 September 2004, Kobe, Japan*.  
[http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/fruit\\_vegetables\\_report.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/fruit_vegetables_report.pdf). 23-01-14 18:18

## Outros Documentos

Portugal, Ministério da Saúde, *Despacho* n.º 22780/2008 em Diário da República n.º 172, 2.ª série, de 5 de Setembro.

Portugal, *Lei* n.º 27/2007 em Diário da República n.º 145, 1ª série, de 30 de Julho.

*Fatores comportamentais determinantes no consumo de fruta nos adolescentes  
Características das campanhas publicitárias para um possível aumento de consumo*

## Anexos

---

*Fatores comportamentais determinantes no consumo de fruta nos adolescentes  
Características das campanhas publicitárias para um possível aumento de consumo*

## Anexo 1



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Covilhã | Portugal

### *“Fatores comportamentais determinantes no consumo de fruta nos adolescentes e Características das campanhas publicitárias para um possível aumento de consumo”*

#### Guião de perguntas do *Focus Group*

##### Tópicos introdução à sessão:

- *Agradecimentos.*
- *Apresentação dos moderadores.*
- *Explicar propósito do projeto.*
- *O porquê da escolha do grupo.*
- *Explicar que não há respostas certas nem erradas, apenas diferentes pontos de vista e todos eles, são importantes.*
- *Pedir para falar uma pessoa de cada vez e não interromper os outros.*
- *Para não haver perda de informação, irão ser tomadas notas em papel e lápis.*
- *Estimativa da duração da entrevista, onde irão ser explorados uma série de tópicos.*

1. Qual a probabilidade de uma pessoa da vossa idade vir a sofrer de obesidade?
2. Como é que isso alteraria os vossos hábitos alimentares?
3. Quais são as consequências (positivas/negativas) de consumir fruta diariamente?
4. Quais são as dificuldades que ao surgir-vos podem impedir o consumo de porções diárias de fruta?
5. Como é que vocês podem superar essas barreiras?
6. Acham que é fácil, manter o hábito, após ter iniciado o consumo de fruta diariamente?
7. A opinião dos outros conta muito para vocês?
8. E em relação a hábitos saudáveis que tenham ou possam vir a ter, a opinião dos outros é importante?
9. Na maioria das vezes, essa opinião é positiva?
10. Quando estão em casa, e vos apetece comer alguma coisa, quais são os alimentos em que pensam? E comem-no?
11. E a escola, que tipo de influência vos transmite?
12. Os vossos amigos influencia-vos (positivamente/negativamente) para o consumo de fruta?
13. Nos intervalos da escola, habitualmente o que é que comem?
14. Se algum amigo vos propor ir almoçar fora da escola, em vez de irem à cantiga, vocês habitualmente vão?
15. Quando saem de um treino ou de uma aula de educação física e estão com fome, o que é que vos apetece comer? E comem?
16. Acham que vocês influenciam os outros para seguirem um estilo de vida saudável?
17. Pensem em campanhas publicitárias que tenham visto recentemente nos meios de comunicação. Alguma se relaciona com promoção de hábitos saudáveis? Quais? Meios de comunicação? O que é que vos fez pensar nessas campanhas? O que se lembram delas? Características?
18. Gostavam que existissem mais campanhas publicitárias para a mudança de hábitos alimentares?

19. E campanhas relacionadas com promoção do consumo de fruta? Lembram-se? Quais? Meios de comunicação? O que é que vos fez pensar nessas campanhas? O que se lembram delas? Características?
20. O que é que acham que pode ser alterado nas campanhas para que jovens como vocês pudessem consumir as doses diárias recomendadas de fruta? Características?
21. Das campanhas que agora iremos visualizar, digam o que acham delas. Características positivas e negativas.  
Sites:<http://www.youtube.com/watch?v=bf0cXtNTU24> - Movimento energia positiva - Plataforma contra a obesidade  
<http://www.youtube.com/watch?v=XychN-Rf1SU> - Kinder Bueno  
<http://www.youtube.com/watch?v=nq1ODtjB1Vo> - Danup  
<http://www.youtube.com/watch?v=QXwqCdsA004> - Compal essencial  
[http://www.panrico.com/por/marcas/donuts\\_classic\\_40.html](http://www.panrico.com/por/marcas/donuts_classic_40.html) - Donuts
22. Considerem 1 porção de fruta (1 fruta - tamanho médio 160g). Quantas porções habitualmente ingerem?

**Tópicos fecho da sessão:**

- *Agradecimentos.*
- *Explicar que a colaboração foi muito útil para o projeto.*
- *Informar que no final do projeto, as conclusões serão transmitidas à escola/clube.*



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Covilhã | Portugal

## Anexo 2

### Pedido de autorização à Direção-Geral de Educação para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados

**Assunto:** Pedido de autorização para recolha de dados na Escola Secundária/3ºCEB do Fundão, Escola Secundária Quinta das Palmeiras na Covilhã e Escola Secundária do Agrupamento de Escolas Ribeiro Sanches em Penamacor.

O meu nome é Helena Alves e sou professora auxiliar do Departamento de Gestão e Economia da Universidade da Beira Interior e investigadora no Núcleo de Estudos em Ciências Empresariais (NECE) da mesma Universidade. Neste momento sou responsável pela investigação “Fatores comportamentais determinantes no consumo de fruta nos adolescentes e Características das campanhas publicitárias para um possível aumento de consumo” em desenvolvimento na unidade de investigação da qual sou investigadora e neste âmbito venho por este meio solicitar que seja concedida autorização para que a aluna/investigadora Joana Rita Silvestre Godinho, aluna do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, recolha dados na Escola Secundária/3ºCEB do Fundão, Escola Secundária Quinta das Palmeiras na Covilhã e Escola Secundária do Agrupamento de Escolas Ribeiro Sanches em Penamacor, no âmbito da referida investigação e cujo projeto é apresentado no anexo 1.

A recolha de dados será realizada em dois momentos. Numa primeira fase serão realizadas entrevistas de grupo (*focus group*) com alunos da Escola Secundária/3º CEB do Fundão, cujo conteúdo segue no anexo 2. Nestas entrevistas os dados serão registados em papel e lápis e será solicitada a respetiva autorização aos encarregados de educação. Esta recolha de dados foi já solicitada e aprovada em Conselho Pedagógico, estando pendente a autorização aqui solicitada. Num segundo momento serão aplicados inquéritos, cujo conteúdo é apresentado também no anexo 2, na Escola Secundária Quinta das Palmeiras da Covilhã e na Escola Secundária do Agrupamento de Escolas Ribeiro Sanches em Penamacor, e para os quais também se solicita autorização. Aos respetivos encarregados de educação serão também, no devido momento, solicitadas autorizações.

Em resumo, solicita-se a V. Ex.<sup>a</sup>, autorização para a recolha de dados atrás mencionados nas escolas supra mencionadas.

Despeço-me cordialmente e com respeitosos cumprimentos, agradecendo desde já a atenção disponibilizada ao assunto, coloco-me à vossa disposição para qualquer esclarecimento,

Helena Alves

Professora Doutora Helena Alves  
Professora Auxiliar do Departamento de Gestão e Economia  
Universidade da Beira Interior  
275319625/halves@ubi.pt

Covilhã e UBI, 28 de Outubro de 2013

### Anexo 3

#### Transcrição do *focus group* realizado à equipa feminina do Clube de Basquetebol do Fundão a 12 de novembro de 2013

1. Qual a probabilidade de uma pessoa da vossa idade vir a sofrer de obesidade?  
*# Todas - Acho que a probabilidade é muito elevada.*
2. Como é que isso alteraria os vossos hábitos alimentares?  
*# Todas - Teríamos de ter mais cuidado e praticar mais desporto.*
3. Quais são as consequências (positivas/negativas) de consumir fruta diariamente?  
*# 1 - Não respondeu.*  
*# 2 - Não respondeu.*  
*# 3 - Não respondeu.*  
*# 4 - Não respondeu.*  
*# 5 - Não respondeu.*  
*# 6 - Não respondeu.*  
*# 7 - Não respondeu.*  
*# 8 - Não respondeu.*  
*# 9 - ...Acho que a fruta só satisfaz no momento... acho que é essa a desvantagem. Se eu levar uma peça de fruta para comer na escola, e não comer mais nada, fico com fome [risos].*  
*# 10 - É preferível comermos fruta ao lanche, do que algo... [risos] como um croissant de chocolate ou bolachas.*  
*# 11 - Primeiro, consumir fruta a mais, também não faz bem, pelos açúcares... como dizem, tudo o que é demais também faz mal. A consequência negativa acho que é essa... A positiva, é que faz bem a tudo, basicamente e em porções certas, devemos consumir. O organismo com a fruta trabalha melhor... pode prevenir sobre doenças cardiovasculares, diabetes...*
4. Quais são as dificuldades que ao surgir-vos podem impedir o consumo de porções diárias de fruta?  
*# 1 - Não respondeu.*  
*# 2 - Não respondeu.*  
*# 3 - Não respondeu.*  
*# 4 - Não respondeu.*  
*# 5 - Não respondeu.*  
*# 6 - Não respondeu.*  
*# 7 - Não respondeu.*  
*# 8 - Não respondeu.*  
*# 9 - Se for uma fruta, tipo laranja, eu não levo, porque fico a cheirar mal das mãos [risos] e demora muito a descascar... se for em casa é mais prático... Em casa com a comida da mamã ficamos mais cheias e não nos apetece tanto comer fruta e na escola como a fruta até já se vende cortada, é mais fácil...*  
*# 10 - Eu por acaso até como mais fruta na escola do que em casa... em casa é mais a despachar e depois não me apetece...*  
*# 11 - Para dar mais saciedade...a mim sempre me disseram que a fruta quando comida ao meio da manhã deve-se comer com uma bolacha ou uma barra energética e evita mais a fome a seguir... comer algo que complete a fruta.*
5. Como é que vocês podem superar essas barreiras?  
*# 1 - Não respondeu.*

- # 2 - *No Verão ainda como... mas são menos meses que o Inverno, e nessa altura não me apetece comer.*
- # 3 - *Não respondeu.*
- # 4 - *Não respondeu.*
- # 5 - *Eu não como fruta, porque nunca é algo que me apeteça comer. Tenho fruta em casa e na escola, mas nunca me apetece.*
- # 6 - *Não respondeu.*
- # 7 - *Não respondeu.*
- # 8 - *Não respondeu.*
- # 9 - *Não respondeu.*
- # 10 - *Não respondeu.*
- # 11 - *É o que disse mais ou menos na outra pergunta.*

6. Achar que é fácil, manter o hábito, após ter iniciado o consumo de fruta diariamente?

- # 1 - *Sim.*
- # 2 - *Sim, teria de começar a levar de casa para a escola.*
- # 3 - *Sim.*
- # 4 - *Eu não tenho mesmo apetite para comer fruta.*
- # 5 - *Sim.*
- # 6 - *[--]*
- # 7 - *[--]*
- # 8 - *[--]*
- # 9 - *[--]*
- # 10 - *[--]*
- # 11 - *[--]*

7. A opinião dos outros conta muito para vocês?

- # *Todas - A dos pais é importante, as dos amigos nem tanto...*

8. E em relação a hábitos saudáveis que tenham ou possam vir a ter, a opinião dos outros é importante?

- # 1 - *É importante.*
- # 2 - *Dizem-me para comer comida saudável... porque vêm que eu sou assim cheinha... tanto os meus pais como alguns colegas.*
- # 3 - *Sim, acho que é importante.*
- # 4 - *[--]*
- # 5 - *Os meus pais, habitualmente dizem-me para comer mais [risos]...*
- # 6 - *É importante.*
- # 7 - *[--]*
- # 8 - *[--]*
- # 9 - *[--]*
- # 10 - *[--]*
- # 11 - *[--]*

9. Na maioria das vezes, essa opinião é positiva?

- # *Todas - Sim.*

10. Quando estão em casa, e vos apetece comer alguma coisa, quais são os alimentos em que pensam? E comem-no?

- # 1 - *Normalmente como sempre o que me apetece... bolachas, às vezes chocolates ou gomas [risos].*
- # 2 - *Não respondeu.*
- # 3 - *Não respondeu.*
- # 4 - *Não respondeu.*

- # 5 - Não respondeu.
- # 6 - Não respondeu.
- # 7 - Não respondeu.
- # 8 - Comemos... normalmente é guloseimas [risos]... por exemplo quando faço trabalhos em casa ou depois de uma caminhada, como gomas.
- # 9 - [--]
- # 10 - [--]
- # 11 - Eu para comer qualquer coisa, tenho de descer as escadas para a cozinha, e como sou um pouco preguiçosa mais vale não comer.

11. E a escola, que tipo de influência vos transmite?

- # 1 - Não respondeu.
- # 2 - Não respondeu.
- # 3 - Acho que poderiam fazer mais iniciativas, não só pontualmente, mas acho que terem colocado a fruta cortada no bar é uma boa iniciativa e o facto de terem tirado os Ice Tea e os chocolates do bar, já foi muito bom.
- # 4 - É mais fácil ir à máquina, não temos fila...
- # 5 - Eu costumo ir à máquina, comer chocolates [risos].
- # 6 - Mais ou menos, tem alguns bolos e pasteis que nos fazem mal...
- # 7 - Não faz sentido terem as máquinas e depois a fruta no outro lado.
- # 8 - Não respondeu.
- # 9 - Quer dizer, mais ou menos... há preços de coisas que poderiam ser mais baratos. A máquina tem sumos, chocolates, gomas... Eu acho que poderiam por outras coisas na máquina, porque às vezes temos fome e a fila no bar é grande e se lá colocassem coisas mais saudáveis era melhor.
- # 10 - Não respondeu.
- # 11 - Não concordo com a minha colega, porque as sandes são mais baratas que os chocolates... e antes havia os Ice Tea e as Coca Colas. Existem as máquinas de chocolates, mas no bar, os paniques de chocolates, deixaram de haver. Poderiam por maçãs num cesto no corredor... nem toda a gente tira, mas às vezes as pessoas podem ir lá.

12. Os vossos amigos influencia-vos (positivamente/negativamente) para o consumo de fruta?

- # 1 - Não.
- # 2 - [--]
- # 3 - [--]
- # 4 - [--]
- # 5 - Às vezes dão um bom conselho, mas depois estão logo a comer coisas que não devem.
- # 6 - Não.
- # 7 - Por exemplo, na cantina, um amigo poderia aconselhar a levar a fruta.
- # 8 - Sim.
- # 9 - Não, porque aparecem logo ali com um pacote de gomas [risos] e uma pessoa não consegue dizer que não... não vejo nenhum amigo aparecer com uma maçã e oferecer-me uma maçã... Só no caso de uma ser mais cheiinha é que até se pode chamar a atenção para não comer o que está a comer, mas é preciso ser amiga dessa pessoa.
- # 10 - Não.
- # 11 - Mas se tiveres a comer um chocolate, toda a gente pede e aí, acabas por comer menos [risos].

13. Nos intervalos da escola, habitualmente o que é que comem?

- # 1 - No intervalo de manhã como sempre uma sandes com leite achocolatado e à tarde, quando estou na escola, um pacote de bolachas maria ou se tenho treino como cereais.

# 2 - De manhã nunca como nada, dizem que é a melhor refeição, mas nunca tenho apetite. Depois chego à escola como um pastel, que me faz mal e à tarde quase nunca costumo comer.

# 3 - Um pastel e um galão... só no primeiro intervalo.

# 4 - De manhã como pão com qualquer coisa ou um pastel de carne e à tarde, quase sempre lancho em casa e como cereais.

# 5 - Eu costumo levar o pão de casa, que é mais rápido e às vezes como bolachas.

# 6 - Normalmente levo bolachas de casa... integrais, mas se for ao bar e me vier o cheirinho dos mistos, esquece as bolachas [risos] e depois à tarde tenho de comer sempre, não são os melhores lanches... croissant de chocolate, mistos ou uma tosta mista.

# 7 - Eu de manhã também não como muito, porque fico enjoada. Só consigo comer perto das 11h e costumo beber um iogurte líquido e à tarde pão com fiambre ou qualquer coisa.

# 8 - De manhã, como normalmente uma sandes mista e à tarde, quando o almoço é mais fraco, como também uma sandes.

# 9 - Pão com tulicreme e à tarde como estou em casa, como cereais de chocolate.

# 10 - A meio da manhã não costumo comer nada, porque para as horas de aulas que tenho, não se justifica, e à tarde só mesmo quando há treinos, tipo um croissant com chocolate.

# 11 - Habitualmente como um iogurte e uma barra de cereais e à tarde como sempre uma torrada ou uma sandes ou uma fruta.

14. Se algum amigo vos propor ir almoçar fora da escola, em vez de irem à cantiga, vocês habitualmente vão?

# 1 - Depende do almoço, mas se for comer fora, nunca é mais saudável.

# 2 - Na cantina a comida é saudável porque são seguidas por um nutricionista.

# 3 - A comida da cantina é boa.

# 4 - Nem sempre é boa.

# 5 - [--]

# 6 - [--]

# 7 - A comida como fazem toda ao mesmo tempo, aquilo às vezes não coze bem.

# 8 - Tem dias.

# 9 - Eu vou sempre comer a casa.

# 10 - O peixe raramente é bom porque é para muita quantidade.

# 11 - Ainda ontem, como sabia que ia ter uma dia cheio de aulas e que não ia ter tempo para comer, preferi ir comer um hambúrguer, apesar de saber que não é saudável mas assim fiquei melhor. Fico com mais fome porque como menos na cantiga.

15. Quando saem de um treino ou de uma aula de educação física e estão com fome, o que é que vos apetece comer? E comem?

# 1 - Janto normalmente.

# 2 - Eu costumo acordar no meio da noite com fome nesses dias porque bebo muita água e isso enche muito o estomago.

# 3 - Torradas.

# 4 - Chegamos cansadas e apetece-nos um bife e arroz...[risos]

# 5 - Janto o que houver.

# 6 - Bolachas [risos].

# 7 - Eu fico chateada com a minha mãe quando me dá peixe depois do treino, porque o treino é cansativo e chegamos cansadas...

# 8 - Depende do apetite. Depois do treino não me apetece comer grandes quantidades, por isso faço umas torradas.

# 9 - Torradas.

# 10 - [--]

# 11 - Habitualmente janto depois do treino e não tenho muita fome nesses dias.

16. Acham que vocês influenciam os outros para seguirem um estilo de vida saudável?
- # Todas - Depende das pessoas.*
17. Pensem em campanhas publicitárias que tenham visto recentemente nos meios de comunicação. Alguma se relaciona com promoção de hábitos saudáveis? Quais? Meios de comunicação? O que é que vos fez pensar nessas campanhas? O que se lembram delas? Características?
- # Todas - Não há. Só há campanhas de prevenção para mais velhos.*
18. Gostavam que existissem mais campanhas publicitárias para a mudança de hábitos alimentares?
- # Todas - Sim.*
19. E campanhas relacionadas com promoção do consumo de fruta? Lembram-se? Quais? Meios de comunicação? O que é que vos fez pensar nessas campanhas? O que se lembram delas? Características?
- # Todas - Compal essencial, compal para beber.*
20. O que é que acham que pode ser alterado nas campanhas para que jovens como vocês pudessem consumir as doses diárias recomendadas de fruta? Características?
- # 1 - Cristiano Ronaldo.  
# 2 - Mensagem apelativa.  
# 3 - [--]  
# 4 - Cristiano Ronaldo.  
# 5 - Não respondeu.  
# 6 - Não respondeu.  
# 7 - Não respondeu.  
# 8 - Cristiano Ronaldo.  
# 9 - Celebridade.  
# 10 - Celebridade. Desportistas.  
# 11 - Música da nossa geração. Mensagem de choque do que pode acontecer no futuro se não comermos fruta... as consequências.*
21. Das campanhas que agora iremos visualizar, digam o que acham delas. Características positivas e negativas.
- Sites:<http://www.youtube.com/watch?v=bf0cXtNTU24> - Movimento energia positiva - Plataforma contra a obesidade
- # Todas - Não me lembro desta campanha. Não é apelativa. Não deixa uma mensagem que fique na cabeça e não está dedicado aos jovens. A figura publica que aparece não chama muito a atenção.*
- <http://www.youtube.com/watch?v=XychN-Rf1SU> - Kinder Bueno
- # Todas - Gosto do facto de terem posto o desportista, é apelativa e engraçado. É como se tivessem a dizer para os desportistas também comerem. Das publicidades mais calóricas é a que gosto mais. Dá-me vontade de comer isto em vez de outro alimento mais saudável.*
- <http://www.youtube.com/watch?v=nq1ODtjB1Vo> - Danup
- # Todas - É fixe, compramos porque o vimos, a música tem a ver connosco, apela à juventude.*

<http://www.youtube.com/watch?v=QXwqCdsA004> - Compal essencial

*# Todas - Mete piada, chama a atenção, o anúncio está bem feito e só não compramos muito porque é caro. Passa poucas vezes e agora é só para crianças.*

[http://www.panrico.com/por/marcas/donuts\\_classic\\_40.html](http://www.panrico.com/por/marcas/donuts_classic_40.html) - Donuts

*# Todas - Associo o gráfico ao donuts, e quando a publicidade é apelativa dá-me vontade de comer e quanto mais calóricos mais influência tem.*

22. Considerem 1 porção de fruta (1 fruta - tamanho médio 160g). Quantas porções habitualmente ingerem?

*# 1 - 3 porções.*

*# 2 - Não costumo comer fruta.*

*# 3 - 4 porções.*

*# 4 - 2 ou 3 porções*

*# 5 - Não costumo comer.*

*# 6 - 2 ou 3 porções.*

*# 7 - [--]*

*# 8 - [--]*

*# 9 - Depende da estação [risos]... é verdade, no Verão tenho mais tendência para comer fruta... no Inverno já não como muita... só ao fim do jantar e depois do almoço,... por isso são mais ou menos 2 porções.*

*# 10 - 2, mas concordo com a minha colega de que depende da estação... em quando estou em aulas, só como ao almoço.*

*# 11 - Às refeições, às vezes ao lanche, meio da manhã... 2 ou 3.*

## Anexo 4

### Transcrição do *focus group* realizado a 9 alunos do Ensino Profissional da Escola Secundária com 3º Ciclo do Fundão a 13 de dezembro de 2013

1. Qual a probabilidade de uma pessoa da vossa idade vir a sofrer de obesidade?  
*# Todos - Probabilidade Intermédia, mas grave.*
2. Como é que isso alteraria os vossos hábitos alimentares?  
*# 12 - Tem de se comer mais vegetais.*  
*# 13- Não respondeu.*  
*# 14- Mais desporto é fundamental.*  
*# 15- [--]*  
*# 16- Mais desporto.*  
*# 17- [--]*  
*# 18- [--]*  
*# 19- [--]*  
*# 20- [--]*
3. Quais são as consequências (positivas/negativas) de consumir fruta diariamente?  
*# 12 - Tem vitaminas.*  
*# 13 - [--]*  
*# 14 - [--]*  
*# 15 - A vitamina C ajuda nas constipações.*  
*# 16 - Duramos mais anos.*  
*# 17 - Se a fruta for um complemento de uma refeição, ficamos bem..., mas se for só a fruta, ficamos com fome.*  
*# 18 - Não respondeu.*  
*# 19 - Em excesso engorda.*  
*# 20 - A laranja à noite... dizem que faz mal,... e por isso nunca experimentei,... tenho medo.*
4. Quais são as dificuldades que ao surgir-vos podem impedir o consumo de porções diárias de fruta?  
*# 12 - Rotina... às vezes não tenho tempo e depois nem me lembro de a comer. Na cantina por vezes a fruta tem um aspeto de podre.*  
*# 13 - Por exemplo... em casa, começo a olhar para as laranjas e não me apetece descascar [risos].*  
*# 14 - É descascar e também concordo com o meu colega em relação à fruta da cantina.*  
*# 15 - Descascar, não tenho paciência.*  
*# 16 - Descascar.*  
*# 17 - No meu caso é a rotina. Também penso que a fruta na cantina deveria estar num local mais acessível.*  
*# 18 - Preguiça.*  
*# 19 - [--]*  
*# 20 - Não tenho problema nenhum com isso, até já trouxe fruta de casa.*
5. Como é que vocês podem superar essas barreiras?  
*# 12 - Na cantina a fruta poderia ter melhor aspeto.*  
*# 13 - No meu caso, se a minha mãe descascar, por exemplo a melancia em cubinhos, depois já a como com mais vontade.*

# 14 - *O facto da escola ter agora fruta cortada, ajuda as pessoas a comerem mais, mas não há em todos os intervalos e por vezes tem mau aspeto.*

# 15 - [--]

# 16 - [--]

# 17 - [--]

# 18 - [--]

# 19 - [--]

# 20 - *Não respondeu.*

6. Açam que é fácil, manter o hábito, após ter iniciado o consumo de fruta diariamente?

# Todos - *Sim e se formos influenciados desde pequenos pelos pais, seria muito mais fácil.*

7. A opinião dos outros conta muito para vocês?

# 12 - *Não, mas não vou andar com fruta na mochila [risos].*

# 13 - *Um pouco.*

# 14 - *Um pouco, sem nos apercebermos, a opinião dos outros influencia.*

# 15 - [--]

# 16 - *Sim.*

# 17 - [--]

# 18 - *Não.*

# 19 - [--]

# 20 - *Um pouco.*

8. E em relação a hábitos saudáveis que tenham ou possam vir a ter, a opinião dos outros é importante?

# Todos - *A dos pais.*

9. Na maioria das vezes, essa opinião é positiva?

# Todos - *A dos pais influencia positivamente, mas a dos amigos não é bem assim [risos] porque nos dizem para ir ao Minipreço comer chocolates.*

10. Quando estão em casa, e vos apetece comer alguma coisa, quais são os alimentos em que pensam? E comem-no?

# 12 - *É o que estiver mais perto do sofá... [risos] chocapic.*

# 13 - *Tostas mistas.*

# 14 - *Tostas.*

# 15 - *Chocapic.*

# 16 - *Torradas.*

# 17 - *Pão com Ketchup e fiambre.*

# 18 - *Bolachas e cereais integrais.*

# 19 - *Cereais.*

# 20 - *Torradas ou fruta, melancia ou maçã.*

11. E a escola, que tipo de influência vos transmite?

# Todos - *É positiva... as refeições são saudáveis, mas isso também nos leva a sair daqui para comer outras coisas menos saudáveis porque ficamos fartos. Devia haver um equilíbrio.*

12. Os vossos amigos influencia-vos (positivamente/negativamente) para o consumo de fruta?

# Todos - *Não.*

13. Nos intervalos da escola, habitualmente o que é que comem?

- # 12 - *Chocolates.*
- # 13 - *Sumo e um pastel de carne... folhado.*
- # 14 - *Pastel de carne e um leite.*
- # 15 - *[--]*
- # 16 - *Bolachas belga e leite.*
- # 17 - *Pastel de carne.*
- # 18 - *Pastel de carne ou madalena com um iogurte.*
- # 19 - *Um pastel ou um bolo ou um misto ou um pão com chouriço [risos]... e bebo ou leite ou um sumo ou água.*
- # 20 - *Pastel ou uma sandes de manteiga com um sumo.*

14. Se algum amigo vos propor ir almoçar fora da escola, em vez de irem à cantiga, vocês habitualmente vão?

- # 12 - *Sim, 2 vezes por semana.*
- # 13 - *2 vezes, quando é peixe na cantina.*
- # 14 - *[--]*
- # 15 - *[--]*
- # 16 - *2 ou 3.*
- # 17 - *[--]*
- # 18 - *2 vezes.*
- # 19 - *1 vez.*
- # 20 - *2 vezes.*

15. Quando saem de um treino ou de uma aula de educação física e estão com fome, o que é que vos apetece comer? E comem?

- # Todos - *Sim, o que houver, mas habitualmente é com calorias [risos].*

16. Açam que vocês influenciam os outros para seguirem um estilo de vida saudável?

- # 12 - *Sim.*
- # 13 - *Dou opinião.*
- # 14 - *[--]*
- # 15 - *Não.*
- # 16 - *Às vezes.*
- # 17 - *Sim.*
- # 18 - *Não.*
- # 19 - *[--]*
- # 20 - *Sim.*

17. Pensem em campanhas publicitárias que tenham visto recentemente nos meios de comunicação. Alguma se relaciona com promoção de hábitos saudáveis? Quais? Meios de comunicação? O que é que vos fez pensar nessas campanhas? O que se lembram delas? Características?

- # Todos - *Não há, só me lembro da Compal.*

18. Gostavam que existissem mais campanhas publicitárias para a mudança de hábitos alimentares?

- # Todos - *Sim, evitava a obesidade.*

19. E campanhas relacionadas com promoção do consumo de fruta? Lembram-se? Quais? Meios de comunicação? O que é que vos fez pensar nessas campanhas? O que se lembram delas? Características?

- # Todos - *Compal.*

20. O que é que acham que pode ser alterado nas campanhas para que jovens como vocês pudessem consumir as doses diárias recomendadas de fruta? Características?

- # 12 - *Personalidade.*
- # 13 - *Cristiano Ronaldo.*
- # 14 - *Personalidades que nos iria influenciar.*
- # 15 - *Não respondeu.*
- # 16 - *Não respondeu.*
- # 17 - *Mensagem com piada.*
- # 18 - *Não Respondeu.*
- # 19 - *Atrativa.*
- # 20 - *Não Respondeu.*

21. Das campanhas que agora iremos visualizar, digam o que acham delas. Características positivas e negativas.

Sites:<http://www.youtube.com/watch?v=bf0cXtNTU24> - Movimento energia positiva - Plataforma contra a obesidade

- # Todos - *Não a vi.*
- # 12 - *Não costumo ver esse canal.*
- # 14 - *Se fosse uma pessoa famosa não mudava.*

<http://www.youtube.com/watch?v=XychN-Rf1SU> - Kinder Bueno

# Todos - *Não gosto muito, mas por dar muitas vezes, dá vontade de comer.*

<http://www.youtube.com/watch?v=nq10DtjB1Vo> - Danup

# Todos - *É dirigido à nossa idade. Influencia porque gostamos de nos divertir e a campanha transmite isso.*

<http://www.youtube.com/watch?v=QXwqCdsA004> - Compal essencial

- # Todos - *Chama a atenção porque é engraçado...*
- # 13 - *Já comprei porque vi a publicidade... mas é caro.*

[http://www.panrico.com/por/marcas/donuts\\_classic\\_40.html](http://www.panrico.com/por/marcas/donuts_classic_40.html) - Donuts

- # Todos - *Não influencia muito porque é para mais velhos, mas dá vontade de comprar um...*
- # 13 - *lembro-me sempre do donuts antes de aparecer o produto.*
- # 14 - *Eu ficava mais saciado com um donut do que com um boião pequenino da Compal.*

22. Considerem 1 porção de fruta (1 fruta - tamanho médio 160g). Quantas porções habitualmente ingerem?

- # 12 - *Não como fruta [risos] porque não é nada que me chame.*
- # 13 - *1 ou 2.*
- # 14 - *1.*
- # 15 - *1 ou 2.*
- # 16 - *1.*
- # 17 - *1.*
- # 18 - *1 ou 2.*
- # 19 - *1 ou 2.*
- # 20 - *2.*

## Anexo 5

### Transcrição do *focus group* realizado a 9 alunos do Ensino Regular da Escola Secundária com 3º Ciclo do Fundão a 13 de dezembro de 2013

1. Qual a probabilidade de uma pessoa da vossa idade vir a sofrer de obesidade?

# Todos - Elevada.

2. Como é que isso alteraria os vossos hábitos alimentares?

# 21 - Exercício físico.

# 22 - Compreender a gravidade da sua situação.

# 23 - Não respondeu.

# 24 - Às vezes tem de acontecer uma coisa má... para depois uma pessoa mudar.

# 25 - Força de vontade.

# 26 - Não respondeu.

# 27 - Não respondeu

# 28 - Dieta e exercício físico.

# 29 - [-]

3. Quais são as consequências (positivas/negativas) de consumir fruta diariamente?

# 21 - Não respondeu.

# 22 - Em excesso engorda.

# 23 - Ao comermos fruta, evitamos comer porcarias [risos] e satisfaz.

# 24 - Tem vitaminas. Temos de ter cuidado com o local onde compramos, por causa dos pesticidas...

# 25 - Protege-nos de doenças.

# 26 - Mata a fome.

# 27 - É barato.

# 28 - Sacia a fome.

# 29 - Não respondeu.

4. Quais são as dificuldades que ao surgir-vos podem impedir o consumo de porções diárias de fruta?

# 21 - Almoçar mais na escola... porque se comer em casa, e se lá não estiver a minha mãe, eu já não como fruta.

# 22 - Não respondeu.

# 23 - Não respondeu.

# 24 - Falta de variedade de fruta na cantina.

# 25 - É descascar [risos]... E não vale a pena ter tanto trabalho [risos].

# 26 - Não respondeu.

# 27 - Não respondeu.

# 28 - Leva tempo, lavar a fruta, descascar... é mais rápido abrir um pacote de bolachas [risos].

# 29 - Não respondeu.

5. Como é que vocês podem superar essas barreiras?

# 21 - Fruta descascada para superar as bolachas.

# 22 - [-]

# 23 - Menos fruta podre e com mais variedade na cantina.

# 24 - [-]

# 25 - Não respondeu.

# 26 - Não respondeu.

# 27 - *Haver mais variedade de fruta descascada para podermos comer em qualquer altura.*

# 28 - *Não respondeu.*

# 29 - *Não respondeu.*

6. Açam que é fácil, manter o hábito, após ter iniciado o consumo de fruta diariamente?

# 21 - *Acho que sim.*

# 22 - *Mantinha.*

# 23 - *Sim.*

# 24 - *Sim, mas depende um pouco da estação... [risos].*

# 25 - *Para mim, depende sempre da vontade [risos].*

# 26 - *Sim.*

# 27 - *[--]*

# 28 - *[--]*

# 29 - *[--]*

7. A opinião dos outros conta muito para vocês?

# 21 - *Muito.*

# 22 - *Um pouco.*

# 23 - *Não*

# 24 - *Sim.*

# 25 - *Às vezes.*

# 26 - *Sim.*

# 27 - *Não.*

# 28 - *Sim.*

# 29 - *Sim.*

8. E em relação a hábitos saudáveis que tenham ou possam vir a ter, a opinião dos outros é importante?

# 21 - *Sim.*

# 22 - *Não.*

# 23 - *Não.*

# 24 - *Sim.*

# 25 - *Não.*

# 26 - *Sim.*

# 27 - *Não.*

# 28 - *Não.*

# 29 - *Sim.*

9. Na maioria das vezes, essa opinião é positiva?

# Todos - *Sim, por partes dos nossos pais.*

10. Quando estão em casa, e vos apetece comer alguma coisa, quais são os alimentos em que pensam? E comem-no?

# 21 - *Bolachas [risos]*

# 22 - *Batatas fritas ou chocolates.*

# 23 - *Fruta.*

# 24 - *Pão com manteiga, fiambre e presunto ou com outra coisa.*

# 25 - *Bolachas ou batatas fritas ou chocolates.*

# 26 - *Chocolates ou bolos ou bombons ou fruta.*

# 27 - *Batatas fritas ou gomas ou chocolates.*

# 28 - *Sandes ou fruta.*

# 29 - *Ovos mexidos com bacon [risos].*

11. E a escola, que tipo de influência vos transmite?

- # 21 - *Não acho que façam grande coisa.*
- # 22 - *Mas têm muitos alimentos que não fazem bem, bolos, pasteis, chocolates...*
- # 23 - *Agora é mais, desde que vendem fruta descascada, porque antes não influenciavam rigorosamente nada.*
- # 24 - *E as máquinas...*
- # 25 - *Antes tínhamos Ice Tea e chocolates que deixamos de ter...*
- # 26 - *Não respondeu.*
- # 27 - *Não respondeu.*
- # 28 - *Não respondeu.*
- # 29 - *Não respondeu.*

12. Os vossos amigos influencia-vos (positivamente/negativamente) para o consumo de fruta?

- # Todos - *Não é muito positiva [risos].*

13. Nos intervalos da escola, habitualmente o que é que comem?

- # 21 - *Fruta ou pastel de carne e sumo.*
- # 22 - *Croissant de fiambre.*
- # 23 - *Croissant de fiambre.*
- # 24 - *Pão com fiambre e manteiga.*
- # 25 - *Pastel e uma barra de cereais.*
- # 26 - *Bolachas ou pastéis ou fruta.*
- # 27 - *Bolachas e pastéis.*
- # 28 - *Sandes ou pastel.*
- # 29 - *Pastel ou sandes de atum.*

14. Se algum amigo vos propor ir almoçar fora da escola, em vez de irem à cantiga, vocês habitualmente vão?

- # 21 - *Nunca como na cantina... deixei de comer.*
- # 22 - *Não como na cantina.*
- # 23 - *Como duas vezes fora, nos dias de peixe [risos] e duas na cantina.*
- # 24 - *Habitualmente como quatro vezes fora e só uma vez na cantina [risos].*
- # 25 - *Não como na cantina, dois fora e dois em casa.*
- # 26 - *Como em casa.*
- # 27 - *Almoço em casa.*
- # 28 - *[--]*
- # 29 - *Eu como na cantina...*

15. Quando saem de um treino ou de uma aula de educação física e estão com fome, o que é que vos apetece comer? E comem?

- # Todos - *Sim, o lanche normal.*

16. Acham que vocês influenciam os outros para seguirem um estilo de vida saudável?

- # Todos - *Não [risos].*

17. Pensem em campanhas publicitárias que tenham visto recentemente nos meios de comunicação. Alguma se relaciona com promoção de hábitos saudáveis? Quais? Meios de comunicação? O que é que vos fez pensar nessas campanhas? O que se lembram delas? Características?

- # Todos - *Não há... talvez a Compal.*

18. Gostavam que existissem mais campanhas publicitárias para a mudança de hábitos alimentares?

*# Todos - Sim.*

19. E campanhas relacionadas com promoção do consumo de fruta? Lembram-se? Quais? Meios de comunicação? O que é que vos fez pensar nessas campanhas? O que se lembram delas? Características?

*# Todos - Só a da Compal...*

20. O que é que acham que pode ser alterado nas campanhas para que jovens como vocês pudessem consumir as doses diárias recomendadas de fruta? Características?

*# 21 - Música.*

*# 22 - Atrativa.*

*# 23 - Animada. Piada.*

*# 24 - As consequências de não comer fruta.*

*# 25 - Fosse para a nossa idade...*

*# 26 - Não respondeu.*

*# 27 - Celebridade conhecida para nós.*

*# 28 - Divertida.*

*# 29 - Não respondeu.*

21. Das campanhas que agora iremos visualizar, digam o que acham delas. Características positivas e negativas.

Sites:<http://www.youtube.com/watch?v=bf0cXtNTU24> - Movimento energia positiva - Plataforma contra a obesidade

*# Todos - Não me lembro.*

*# 23 - Não vejo esse canal.*

*# 24 - Deviam dizer os benefícios, para justificar...*

*# 27 - Não me atrai.*

*# 28 - Devia chocar mais.*

<http://www.youtube.com/watch?v=XychN-Rf1SU> - Kinder Bueno

*# Todos - O anúncio é atrativo e dá vontade de comprar.*

<http://www.youtube.com/watch?v=nq10DtjB1Vo> - Danup

*# Todos - Virada para nós.*

*# 23 - Mete piada.*

*# 25 - Eu não gosto muito do produto.*

*# 28 - É apelativa.*

<http://www.youtube.com/watch?v=QXwqCdsA004> - Compal essencial

*# Todos - Apelativa e mostra que é pratico levar aquilo do que a fruta.*

*# 21 - É para um público mais velho.*

*# 24 - A frase é muito apelativa.*

[http://www.panrico.com/por/marcas/donuts\\_classic\\_40.html](http://www.panrico.com/por/marcas/donuts_classic_40.html) - Donuts

*# Todos - A mensagem é apelativa.*

*# 23 - Influencia para o consumo. Se vissemos, comprávamos.*

*# 26 - Eu não gosto de donuts.*

22. Considerem 1 porção de fruta (1 fruta - tamanho médio 160g). Quantas porções habitualmente ingerem?

- # 21 - 3 porções.
- # 22 - 1 ou 2 porções.
- # 23 - 5 porções.
- # 24 - 1 porção.
- # 25 - Não gosto de fruta no geral.
- # 26 - 3 porções.
- # 27 - 1 porção.
- # 28 - 3 ou 4 porções.
- # 29 - 1 porção.

## Anexo 6

Análise de conteúdo dos *focus groups* realizados

Nas tabelas seguintes encontra-se a análise de conteúdo dos *focus groups* realizados.

Tabela A6.1 - Análise da perceção de risco e das expectativas de resultado dos *focus groups* realizados.

Categoria	Sub-categoria	Unidade de registo	Unidade de conteúdo	Frequência
FASE MOTIVACIONAL	Preditores Pré-Intencionais	Perceção de risco	<p>1. Qual a probabilidade de uma pessoa da vossa idade vir a sofrer de obesidade?</p> <p>#1 a #11 - Acho que a probabilidade é muito elevada.</p> <p>#12 a #20 - Probabilidade intermédia, mas grave.</p> <p># 21 a #29 - Elevada.</p>	<p>- Muito elevada:11</p> <p>- Intermédia:9</p> <p>- Elevada:9</p>
			<p>2. Como é que isso alteraria os vossos hábitos alimentares?</p> <p>#1 a #11 - Teríamos de ter mais cuidado com a alimentação e praticar mais desporto.</p> <p>#12 - Tem de se comer mais vegetais.</p> <p>#14 a #20 - Mais desporto é fundamental.</p> <p>#21 - Exercício físico.</p> <p>#22 - Compreender a gravidade da sua situação.</p> <p>#24 - As vezes tem de acontecer uma coisa má... para depois uma pessoa mudar.</p> <p>#25 - Força de vontade.</p> <p>#28 e #29 - Dieta e exercício físico.</p>	<p>- Maior cuidado com a alimentação:14</p> <p>- Praticar mais atividade física:21</p> <p>- Compreender a gravidade da situação:2</p> <p>- Força de vontade:1</p>
		Expectativas de resultado	<p>3. Quais são as consequências (positivas/negativas) de consumir fruta diariamente?</p> <p>#9 - [...] só satisfaz no momento [...] é essa a desvantagem.</p> <p>#10 - É preferível comermos fruta ao lanche, do que algo [...].</p> <p>#11 - [...] consumir fruta a mais, também não faz bem, pelos açúcares [...] A positiva, é que faz bem a tudo, basicamente [...] pode prevenir sobre doenças cardiovasculares, diabetes...</p> <p>#12 a #14 - Tem vitaminas.</p> <p>#15 - A vitamina C ajuda nas constipações.</p> <p>#16 - Duramos mais anos.</p> <p>#17 - Se a fruta for um complemento de uma refeição, ficamos bem..., mas se for só a fruta, ficamos com fome.</p> <p>#19 e #22 - Em excesso engorda.</p> <p>#20 - A laranja à noite... dizem que faz mal [...]</p> <p>#23 - Ao comermos fruta, evitamos comer porcarias [...] e satisfaz.</p> <p>#24 - Tem vitaminas. Temos de ter cuidado [...] causa dos pesticidas.</p> <p>#25 - Protege-nos de doenças.</p> <p>#26 e #28 - Sacia a fome.</p> <p>#27 - É barato.</p>	<p>Positivas:</p> <p>- Escolha mais saudável:2</p> <p>- Prevenção de Doenças:2</p> <p>- Tem vitaminas:5</p> <p>- Promove Longevidade:1</p> <p>- Saciedade:3</p> <p>- Evita comermos outros alimentos:1</p> <p>- É uma escolha barata:1</p> <p>Negativas:</p> <p>- Pouca saciedade:2</p> <p>- Em excesso é prejudicial:3</p> <p>- Laranja à noite faz mal:1</p> <p>- Ter cuidado com os pesticidas:1</p>

Tabela A6.2 - Análise do suporte social dos focus groups realizados.

Categoria	Sub-categoria	Unidade de registo	Unidade de conteúdo	Frequência
FASE MOTIVACIONAL	Preditores Pré-Intencionais	Suporte social	<p>7. A opinião dos outros, conta muito para vocês?  <i>#1 a #11 - A dos pais é importante [...].</i>  <i>#12, #18, #19, #23 e #27 - Não [...].</i>  <i>#13 a #15, #20 e #22 - Um pouco.</i>  <i>#16, #17, #24, #26, #28 e #29 - Sim.</i>  <i>#21 - Muito.</i>  <i>#25 - Às vezes.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A opinião dos pais:11</li> <li>- Sim:6</li> <li>- Muito:1</li> <li>- Às vezes:1</li> <li>- Um pouco:5</li> <li>- Não:5</li> </ul>
			<p>8. E em relação a hábitos saudáveis que tenham ou possam vir a ter, a opinião dos outros é importante?  <i>#1 a #6 a #11, #21, #24, #26 e #29 - É importante.</i>  <i>#12 a #20 - A dos pais.</i>  <i>#22, #23, #25, #27 e #28 - Não.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sim:15</li> <li>- Não: 5.</li> <li>- A opinião dos pais:9</li> </ul>
			<p>9. Na maioria das vezes, essa opinião é positiva?  <i>#1 a #11- Sim.</i>  <i>#12 a #20 - A dos pais influencia positivamente, mas a dos amigos não é bem assim [...].</i>  <i>#21 a #29 - Sim, por partes dos nossos pais.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sim:11</li> <li>- Sim, por parte dos pais:9</li> <li>- Pais, sim, mas amigos, nem sempre:9</li> </ul>
			<p>11. E a escola, que tipo de influência vos transmite?  <i>#3 - Acho que poderiam fazer mais iniciativas, não só pontualmente, mas [...] terem colocado a fruta cortada no bar é uma boa iniciativa e o facto de terem tirado os Ice Tea e os chocolates do bar, já foi muito bom.</i>  <i>#4 e #24 - É mais fácil ir à máquina, não temos fila...</i>  <i>#5 - Eu costumo ir à máquina, comer chocolates.</i>  <i>#6 e #22 - Têm alimentos que não nos fazem bem...</i>  <i>#7 - Não faz sentido terem as máquinas e depois a fruta cortada no outro lado.</i>  <i>#9 - Quer dizer, mais ou menos... há preços de coisas que poderiam ser mais baratos. A máquina tem sumos, chocolates, gomas... Eu acho que poderiam por outras coisas na máquina, porque às vezes temos fome e a fila no bar é grande e se lá colocassem coisas mais saudáveis era melhor.</i>  <i>#11 -[...] e antes havia os Ice Tea e as Coca Colas. Existem as máquinas de chocolates, mas no bar, os paniques de chocolates, deixaram de haver. Poderiam por maçãs num cesto no corredor.</i>  <i>#12 a #20 - É positiva... as refeições são saudáveis, mas isso também nos leva a sair daqui para comer outras coisas menos saudáveis [...]. Devia haver um equilíbrio.</i>  <i>#21 - Não acho que façam grande coisa.</i>  <i>#23 - Agora é mais, desde que vendem fruta descascada, porque antes não influenciavam rigorosamente nada.</i>  <i>#25 - Antes tínhamos Ice Tea e chocolates que deixamos de ter...</i></p>	<p>Influência positiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fruta cortada no bar:3</li> <li>- Terem retirado os Ice Tea e chocolates do bar:3</li> <li>- Refeições saudáveis:9</li> </ul> <p>Influência negativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessidade de mais iniciativas:2</li> <li>- Máquina de Venda de alimentos:6</li> <li>- Venda de alimentos menos saudáveis:2</li> </ul> <p>Sugestões:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Preços mais acessíveis:1</li> <li>- Colocar na máquina alimentos mais saudáveis:1</li> <li>- Colocarem fruta num cesto no corredor:1</li> <li>- Por vezes poderiam ter na cantina uma refeição menos saudável:9</li> </ul>
			<p>12. Os vossos amigos influencia-vos (positivamente/negativamente) para o consumo de fruta?  <i>#1 a #6, #9, #10, #12 a #29 - Não.</i>  <i>#8 - Sim.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não:26</li> <li>- Sim:1</li> </ul>

Tabela A6.3 - Análise do suporte social dos *focus groups* realizados (cont.).

Categoria	Sub-categoria	Unidade de registo	Unidade de conteúdo	Frequência
FASE MOTIVACIONAL	Preditores Pré-Intencionais	Suporte social	<p>14. Se algum amigo vos propor ir almoçar fora da escola, em vez de irem à cantiga, vocês habitualmente vão?</p> <p>#1 - <i>Depende do almoço, mas se for comer fora, nunca é mais saudável.</i></p> <p>#2 - <i>Na cantina a comida é saudável porque são seguidas por um nutricionista.</i></p> <p>#3 - <i>A comida da cantina é boa.</i></p> <p>#4 a #6 e #8 - <i>Nem sempre é boa.</i></p> <p>#7 e #10 - <i>A comida como fazem toda ao mesmo tempo, aquilo às vezes não coze bem.</i></p> <p>#9 e #26 a #28 - <i>Eu vou sempre comer a casa.</i></p> <p>#11 - <i>Fico com mais fome porque como menos na cantiga.</i></p> <p>#12 a #20 - <i>Sim, 2 vezes por semana.</i></p> <p>#21 e #22 - <i>Nunca como na cantina... deixei de comer.</i></p> <p>#23 - <i>Como duas vezes fora [...] e dois na cantina.</i></p> <p>#24 - <i>Habitualmente como quatro vezes fora e só uma vez na cantina.</i></p> <p>#25 - <i>Não como na cantina, dois fora e dois em casa.</i></p> <p>#29 - <i>Eu como na cantina...</i></p>	<p>Almoço na cantina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sempre:1</li> <li>- Exporadicamente:4</li> </ul> <p>Qualidade da refeição na cantina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Boa:1</li> <li>- Saudável:1</li> <li>- Nem sempre boa:6</li> </ul> <p>Almoço em Casa:5</p> <p>Almoço noutros locais:16</p>
			<p>16. Achem que vocês influenciam os outros para seguirem um estilo de vida saudável?</p> <p>#1 a #11 - <i>Depende das pessoas.</i></p> <p>#12 a #14, #17 e #20 - <i>Sim.</i></p> <p>#15, #18, #19, #21 a #29 - <i>Não.</i></p> <p>#16 - <i>Às vezes.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sim:5</li> <li>- Às vezes:1</li> <li>- Não:12</li> <li>- Depende das pessoas:11</li> </ul>

Tabela A6.4 - Análise do planeamento de coping, auto-eficácia de manutenção e ação dos *focus groups*.

Categoria	Sub-categoria	Unidade de registo	Unidade de conteúdo	Frequência
FASE VOLITIVA	Preditores Pós-Intencionais	Planeamento de coping	<p><b>4. Quais são as dificuldades que ao surgir-vos podem impedir o consumo de porções diárias de fruta?</b></p> <p><i>#9 - Se for uma fruta, tipo laranja...fico a cheirar mal das mãos [...] demora muito a descascar... Em casa [...] ficamos mais cheias e não nos apetece tanto comer fruta e na escola como a fruta até já se vende cortada, é mais fácil...</i></p> <p><i>#10 - [...] em casa é mais a despachar e depois não me apetece...</i></p> <p><i>#12 - Rotina... às vezes não tenho tempo e depois nem me lembro de a comer. Na cantina por vezes a fruta tem um aspeto de podre.</i></p> <p><i>#13 - Por exemplo... em casa, começo a olhar para as laranjas e não me apetece descascar.</i></p> <p><i>#14 - É descascar e também concordo com o meu colega em relação à fruta da cantina.</i></p> <p><i>#15, #16, #25 e #28 - Descascar [...].</i></p> <p><i>#17 - No meu caso é a rotina. Também penso que a fruta na cantina deveria estar num local mais acessível.</i></p> <p><i>#18 e #19 - Preguiça.</i></p> <p><i>#20 - Não tenho problema nenhum com isso, até já trouxe fruta de casa.</i></p> <p><i>#21 - Almoçar mais na escola... porque se comer em casa, [...]eu já não como fruta.</i></p> <p><i>#24 - Falta de variedade de fruta na cantina.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mau-cheio nas mãos:1</li> <li>- Descascar:6</li> <li>- Quanto maior a saciedade menor o apetite para fruta:1</li> <li>- Quanto maior a pressa do dia-a-dia menor o apetite para fruta:3</li> <li>- Fruta da cantina por vezes com falta de qualidade:2</li> <li>- Preguiça:2</li> <li>- A fruta da cantina deveria estar num local mais acessível:1</li> <li>- Não tem dificuldades:1</li> <li>- As refeições em casa não promovem o consumo de fruta:1</li> <li>- Falta de variedade de fruta na cantina:1</li> <li>- O tempo que leva a preparar a fruta:1</li> </ul>
			<p><b>5. Como é que vocês podem superar essas barreiras?</b></p> <p><i>#11 - Para dar mais saciedade [...] comer com uma bolacha ou uma barra energética e evita mais a fome a seguir...</i></p> <p><i>#12 - Na cantina a fruta poderia ter melhor aspeto.</i></p> <p><i>#13 - [...] se a minha mãe descascar [...] já a como com mais vontade.</i></p> <p><i>#14 a #19 - O facto da escola ter agora fruta cortada, ajuda as pessoas a comerem mais, mas não há em todos os intervalos e por vezes tem mau aspeto.</i></p> <p><i>#21 e #22 - Fruta descascada para superar as bolachas.</i></p> <p><i>#23 e #24 - Menos fruta podre e com mais variedade na cantina.</i></p> <p><i>#27 - Haver mais variedade de fruta descascada.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maior cuidado com a alimentação:14</li> <li>- Praticar mais atividade física:21</li> <li>- Compreender a gravidade da situação:2</li> <li>- Força de vontade:1</li> </ul>
		Auto-eficácia de manutenção	<p><b>6. Açam que é fácil, manter o hábito, após ter iniciado o consumo de fruta diariamente?</b></p> <p><i>#1 a #3, #5 a #24, #26 a #29 - Sim.</i></p> <p><i>#4 - Eu não [...]</i></p> <p><i>#25 - Para mim, depende sempre da vontade.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sim:27</li> <li>- Não:1</li> <li>- Depende da vontade de comer:1</li> </ul>
		Ação	<p><b>22. Considerem 1 porção de fruta (1 fruta - tamanho médio 160g). Quantas porções habitualmente ingerem?</b></p> <p><i>#1, #21, #26 - 3 porções.</i></p> <p><i>#2, #5, #12, #25 - Não costumo comer fruta.</i></p> <p><i>#3 - 4 porções.</i></p> <p><i>#4 a #8 e #11 - 2 ou 3 porções</i></p> <p><i>#9, #10 e #20 - 2 porções.</i></p> <p><i>#13, #15, #18, #19 e #22 - 1 ou 2.</i></p> <p><i>#14, #16, #17, #24, #27 e #29 - 1.</i></p> <p><i>#23 - 5 porções.</i></p> <p><i>#28 - 3 ou 4 porções.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não Consumo:4</li> <li>- 1 porção:6</li> <li>- 1 ou 2 porções:5</li> <li>- 2 porções:3</li> <li>- 2 ou 3 porções:5</li> <li>- 3 porções:3</li> <li>- 3 a 4 porções:1</li> <li>- 4 porções:1</li> <li>- 5 porções:1</li> </ul>

Tabela A6.5 - Análise das campanhas publicitárias dos *focus groups* realizados.

Unidade de registo	Unidade de conteúdo	Frequência
Campanhas publicitárias	<p>17. Pensem em campanhas publicitárias que tenham visto recentemente nos meios de comunicação. Alguma se relaciona com promoção de hábitos saudáveis? Quais? Meios de comunicação? O que é que vos fez pensar nessas campanhas? O que se lembram delas? Características?</p> <p>#1 a #11 - Não há. #12 a #20 - Não há, só me lembro da Compal. #21 a #29- Não há... talvez a Compal.</p>	<p>- Não:29 - Lembraram-se da publicidade da Compal:18</p>
	<p>18. Gostavam que existissem mais campanhas publicitárias para a mudança de hábitos alimentares?</p> <p>#Todos - Sim.</p>	<p>- Sim:29</p>
	<p>19. E campanhas relacionadas com promoção do consumo de fruta? Lembram-se? Quais? Meios de comunicação? O que é que vos fez pensar nessas campanhas? O que se lembram delas? Características?</p> <p>#Todos - Compal.</p>	<p>- Compal:29</p>
	<p>20. O que é que acham que pode ser alterado nas campanhas para que jovens como vocês pudessem consumir as doses diárias recomendadas de fruta? Características?</p> <p>#1, #4, #8 e #13 - Cristiano Ronaldo. #2, #3, #19, #22 e #28 - Mensagem apelativa. #9, #10, #12, #14 e #27 - Celebridade. Desportistas. #11 e #21 - Música da nossa geração. Mensagem de choque [...] as consequências. #17 e #23 - Mensagem com piada. #24 - As consequências de não comer fruta. #25 - Fosse para a nossa idade...</p>	<p>- Celebridade:9 -Apelativa/atrativa:5 - Tem piada:2 -Divertida/Animada:2 - Música:2 - Com as consequências de não comer fruta:1 - Dirigida aos jovens:1</p>

Tabela A6.6 - Análise das campanhas publicitárias dos focus groups realizados (cont.).

Unidade de registo	Unidade de conteúdo	Frequência
Campanhas publicitárias	<p><b>21. Das campanhas que agora iremos visualizar, digam o que acham delas. Características positivas e negativas.</b></p> <p><b>A) Movimento energia positiva - Plataforma contra a obesidade</b>  <b>#1 a #11 - Não me lembro desta campanha. Não é apelativa [...] não está dedicado aos jovens. A figura pública [...] não chama muito a atenção.</b>  <b>#12 a #20 e #21 a #29 - Não a vi.</b>  <b>#12 e #23 - Não costumo ver esse canal.</b>  <b>#14 - Se fosse uma pessoa famosa não mudava.</b>  <b>#24 - Deviam dizer os benefícios, para justifica.</b>  <b>#27 - Não me atrai.</b>  <b>#28 - Devia chocar mais.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não se lembram:29</li> <li>- Não é apelativa:11</li> <li>- Não é atractiva:1</li> <li>- Não é dedicada aos jovens:11</li> <li>- Figura publica não chama a atenção:12</li> <li>- Não costuma ver o canal onde a campanha passava:2</li> <li>- Deveriam ser referidos os benefícios:1</li> <li>- Devia ter mais impacto:1</li> </ul>
	<p><b>B) Kinder Bueno</b>  <b>#1 a #11 - [...] o desportista, é apelativa e engraçado [...] Das publicidades mais calóricas é a que gosto mais. Dá-me vontade de comer isto em vez de outro alimento mais saudável.</b>  <b>#12 a #20 - Não gosto muito [...] dá vontade de comer.</b>  <b>#21 a #29- O anúncio é atractivo e dá vontade de comprar.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desportista:11</li> <li>- Apelativa:11</li> <li>- Atractivo:9</li> <li>- Engraçada:11</li> <li>- Dá vontade de consumir:29</li> <li>- Não gostam da publicidade:9</li> </ul>
	<p><b>C) Danup</b>  <b>#1 a #11 - É fixe, compramos porque o vimos, a música tem a ver connosco, apela à juventude.</b>  <b>#12 a #20 - É dirigido à nossa idade. Influencia porque gostamos de nos divertir e a campanha transmite isso.</b>  <b>#21 a #29- Virada para nós.</b>  <b>#23 - Mete piada.</b>  <b>#25 - Eu não gosto muito do produto.</b>  <b>#28 - É apelativa.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- É fixe:11</li> <li>- Música:11</li> <li>- Dá vontade de consumir:11</li> <li>- Dirigido à idade:18</li> <li>- Transmite diversão:9</li> <li>- Mete piada:1</li> <li>- Não gosta do produto:1</li> <li>- É apelativa:1</li> </ul>
	<p><b>D) Compal essencial</b>  <b>#1 a #11 - Mete piada, chama a atenção [...] e só não compramos muito porque é caro. Passa poucas vezes e agora é só para crianças.</b>  <b>#12 a #20 - Chama a atenção porque é engraçado...</b>  <b>#13 - Já comprei porque vi a publicidade... mas é caro.</b>  <b>#21 a #29- Apelativa e mostra que é prático</b>  <b>#21 - É para um público mais velho.</b>  <b>#24 - A frase é muito apelativa.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Piada:20</li> <li>- Apelativa:20</li> <li>- Prático:9</li> <li>- Caro:12</li> <li>- Passa com pouca frequência:11</li> <li>- Já comprou porque viu a publicidade:1</li> <li>- Não é dirigido para os jovens:1</li> </ul>
	<p><b>E) Donuts</b>  <b>#1 a #11 e #11 - Associo o gráfico ao donuts [...] é apelativa dá-me vontade de comer.</b>  <b>#12 a #20 - Não influencia muito porque é para mais velhos, mas dá vontade de comprar um...</b>  <b>#14 - Eu ficava mais saciado com um donut do que com um boião pequenino da Compal.</b>  <b>#21 a #29- A mensagem é apelativa.</b>  <b>#23 - Influencia para o consumo. Se vissemos, comprávamos.</b>  <b>#26 - Eu não gosto de donuts.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Associação da publicidade ao produto:12</li> <li>- Apelativa:20</li> <li>- Dá vontade de consumir:29</li> <li>- É para mais velhos:9</li> <li>- Dá mais saciedade que o Compal essencial:1</li> <li>- Não gosto do produto:1</li> </ul>

Tabela A6.7 - Análise do consumo dos *focus groups* realizados.

Unidade de registo	Unidade de conteúdo	Frequência
Consumo	<p><b>10. Quando estão em casa, e vos apetece comer alguma coisa, quais são os alimentos em que pensam? E comem-no?</b></p> <p>#1 - [...] bolachas, às vezes chocolates ou gomas.  #8 a #10 - Comemos... normalmente é guloseimas.  #11- [...] como sou um pouco preguiçosa mais vale não comer.  #12, #15 e #19 - Cereais.  #13 - Tostas mistas.  #14 - Tostas.  #16 - Torradas.  #17 - Pão com Ketchup e fiambre.  #18 - Bolachas e cereais integrais  #20 - Torradas ou fruta, melancia ou maçã.  #21 - Bolachas.  #22 - Batatas fritas ou chocolates.  #23 - Fruta.  #24 - Pão com manteiga, fiambre e presunto [...].  #25 - Bolachas ou batatas fritas ou chocolates.  #26 - Chocolates ou bolos ou bombons ou fruta.  #27 - Batatas fritas ou gomas ou chocolates.  #28 - Sandes ou fruta.  #29 - Ovos mexidos com bacon.</p>	<p>Alimentos que consomem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bolachas:4</li> <li>- Gomas:2</li> <li>- Chocolates:5</li> <li>- Bolos:1</li> <li>- Bombons:1</li> <li>- Guloseimas:3</li> <li>- Batatas Fritas:3</li> <li>- Cereais:4</li> <li>- Tostas Mistas:1</li> <li>- Tostas:1</li> <li>- Torradas:2</li> <li>- Sandes:3</li> <li>- Fruta:4</li> <li>- Ovos mexidos com bacon:1</li> </ul>
	<p><b>13. Nos intervalos da escola, habitualmente o que é que comem?</b></p> <p>#1 - [...] uma sandes com leite achocolatado [...] um pacote de bolachas maria ou [...] cereais.  #2 e #17 -[...] como um pastel.  #3 e #14 e #15 - Um pastel e um galão.  #4 - De manhã como pão com qualquer coisa ou um pastel de carne e à tarde [...] como cereais.  #5 - [...] pão [...] e às vezes como bolachas.  #6 - [...] levo bolachas de casa..., [...] mistos e depois à tarde croissant de chocolate, mistos ou uma tosta mista.  #7 -[...] um iogurte líquido e à tarde pão com fiambre.  #8 e #24 - [...] como uma sandes mista e à tarde, [...] sandes.  #9 - Pão com tulicreme e à tarde [...], como cereais [...].  #10, #22 e #23 - [...] um croissant.  #11 - [...] iogurte e uma barra de cereais [...] uma torrada ou uma sandes ou uma fruta.  #12 - Chocolates.  #13 - Sumo e um pastel de carne [...]  #16 - Bolachas e leite.  #18 - Pastel de carne ou madalena com um iogurte.  #19 - Um pastel ou bolo ou misto ou pão com chouriço e bebo ou leite ou sumo ou água.  #20, #28 e #29 - Pastel ou sandes de manteiga com um sumo.  #21 - Fruta ou pastel de carne e sumo.  #25 - Pastel e uma barra de cereais.  #26 e #27 - Bolachas ou pastéis ou fruta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sandes:11</li> <li>Bolachas:5</li> <li>Cereais:3</li> <li>Bolo:2</li> <li>Pastel de Carne:16</li> <li>Misto:2</li> <li>Pão com Chouriço:1</li> <li>Croissant de Chocolate:2</li> <li>Croissant de fiambre:2</li> <li>Tosta Mista:1</li> <li>Barra de cereais:2</li> <li>Fruta:3</li> <li>Chocolates:1</li> <li>Sumo:4</li> <li>Galão:1</li> <li>Leite achocolatado:1</li> <li>iogurte:3</li> <li>Leite:4</li> </ul>
	<p><b>15. Quando saem de um treino ou de uma aula de educação física e estão com fome, o que é que vos apetece comer? E comem?</b></p> <p>#1, #4, #5, #7 e #11 - Janto normalmente.  #3, #8 a #10 - Torradas.  #6 - Bolachas.  #12 a #20 - Sim, o que houver [...].  #21 a #29- Sim, o lanche normal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lancha normalmente:9</li> <li>- Janta normalmente:5</li> <li>- Come o que lhe apetece:9</li> <li>- Torradas:4</li> <li>- Bolachas:1</li> </ul>

## Anexo 7



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Covilhã | Portugal

### “Fatores comportamentais determinantes no consumo de fruta nos adolescentes Características das campanhas publicitárias para um possível aumento de consumo”

#### Inquérito

O presente inquérito surge no âmbito da dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, intitulada “Fatores comportamentais determinantes no consumo de fruta nos adolescentes: Características das campanhas publicitárias para um possível aumento de consumo” a decorrer na Universidade da Beira Interior, Covilhã.

#### Instruções:

O inquérito é anónimo por isso não escrevas o teu nome.

Não há respostas certas ou erradas.

Marca as tuas respostas com uma cruz (×) ou um certo (✓).

Lê as perguntas com muito cuidado e responde sinceramente ao que te é pedido.

A tua opinião é muito importante.

#### Parte I - Caracterização Sociográfica

A. Qual o nome da tua escola? (Escreve) \_\_\_\_\_

B. Qual a tua idade?

15 anos

16 anos

17 anos

18 anos

C. És...

Rapaz

Rapariga

D. Estás em que ano?

10º Ano

11º Ano

12º Ano

#### Parte II

E. Responde às questões que se seguem de acordo com a escala:

	Extremamente Improvável				Extremamente Provável		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Na tua opinião, qual é a probabilidade de poderes vir a ter uma doença relacionada com a obesidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Qual a probabilidade de uma pessoa da tua idade vir a ter problemas relacionados com a obesidade durante a vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. Responde à questão que se segue de acordo com a escala:

	Nada Grave				Muito Grave		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Na tua opinião, qual a gravidade da obesidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Considera como 1 porção de Fruta:

•1 Peça de fruta - tamanho médio (160g)

G. Responde às questões que se seguem de acordo com a escala:

1. Relativamente às últimas duas semanas, quantas vezes comeste uma porção de fruta?

Nunca	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Uma vez por dia	Duas vezes por dia	Três vezes por dia	Mais de três vezes por dia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. Em que altura do dia costumás consumir fruta?

Pequeno-Almoço	Meio da Manhã	Almoço	Meio da Tarde	Jantar	Ceia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. Na tua opinião, quais são ou seriam os benefícios/consequências de comer fruta diariamente? Se eu comer/comesse fruta diariamente...

	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Eu melhora/melhoraria a minha saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eu previno/preveniria doenças cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eu sou/seria um exemplo para outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eu sinto-me/sentir-me-ia melhor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eu encorajo/encorajaria a minha família/amigos a comer melhor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu tenho/teria um melhor aspecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eu retardo/retardaria o envelhecimento precoce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eu previno/preveniria doenças cancerígenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eu como/comeria em menor quantidades outros alimentos poucos saudáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eu perco/perderia algum peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Eu vivo/viveria mais anos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eu compenso/compensaria outros hábitos que tenho menos saudáveis (por ex.: falta de exercício físico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eu não me sinto/sentiria saciado depois das refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Os meus hábitos alimentares não ficam/ficariam mais saudáveis por causa destas mudanças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. É/Seria um sacrifício para mim, porque eu não gosto muito de fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Algumas pessoas vão/iriam gozar comigo por comer fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J. Algumas pessoas gostariam de melhorar os seus hábitos alimentares consumindo fruta diariamente, enquanto outras não. E tu? Expressa a tua opinião, segundo a seguinte escala:

	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Está claro para mim <u>quando</u> consumir mais fruta (por ex. às refeições e/ou entre refeições)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Está claro para mim <u>onde</u> consumir mais fruta (por ex. em casa, na escola, quando como fora)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Está claro para mim <u>como</u> consumir mais fruta (por ex. escolher opções que incluam fruta quando como fora, andar com uma peça de fruta para comer entre as refeições)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K. Até que ponto cada uma das seguintes questões dificultam ou dificultariam o consumo diário de fruta? Expressa a tua opinião segundo a seguinte escala:

	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente		
	1	2	3	4	5	6	7
1. É difícil encontrar opções que incluam frutas quando como fora de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A minha vida é muito agitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quando tenho muita fome, não me apetece comer fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eu esqueço-me de comer fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tenho pouco tempo durante o meu dia-a-dia para consumir fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Na minha casa não compram muita fruta porque se estragam muito facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A fruta não é muito prática para consumir em algumas situações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A fruta tem um sabor estranho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eu quase nunca sinto vontade de comer fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dá trabalho descascar fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Não gosto do cheiro das minhas mãos quando descasco determinados tipos de fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L. Segundo a tua opinião, quais as estratégias que achas mais eficazes para a melhoria do consumo de fruta?

	Nada Importante				Muito Importante		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Fazer escolhas mais saudáveis, que incluíssem fruta quando comes fora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ter um melhor plano alimentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Adquirir o hábito de consumir uma peça de fruta ao fim de cada refeição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter noção que existem maneiras práticas e rápidas de preparar fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ter noção que ao comer fruta gasto menos dinheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Levar comigo peças de fruta de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Adicionar outros alimentos à fruta para melhorar a sua aparência e sabor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ter fruta em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Comer fruta variada para não me faltar de comer sempre o mesmo tipo de fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Descascar/conservar várias peças de fruta de uma só vez para as ter prontas a comer no frigorífico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M. Relativamente aos teus familiares e amigos, nos últimos três meses, como é que eles te influenciaram no hábito de consumir fruta diariamente. Responde às questões que se seguem de acordo com a escala:

		Discordo Totalmente				Concordo Totalmente		
		1	2	3	4	5	6	7
1. Encorajam-me para não comer fruta, quando estou a tentar fazê-lo	Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Falam comigo sobre a melhoria dos meus hábitos alimentares	Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lembram-me para ingerir a fruta diariamente	Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Felicitam-me por melhorar os meus hábitos alimentares	Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Alertam-me quando não estou a consumir fruta diariamente	Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Recusam-se comer o mesmo tipo de frutas que eu como	Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ficam furiosos quando eu os encorajo a ter melhores hábitos alimentares	Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Na minha casa, os meus familiares não compram fruta para eu consumir	Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gozam comigo por tentar consumir fruta diariamente	Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**N. Algumas pessoas sentem que é difícil consumir fruta diariamente, enquanto outras acham que é mais fácil. E tu? Expressa a tua opinião, segundo a seguinte escala:**

	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Acredito que consigo consumir fruta diariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acredito que consigo consumir fruta diariamente, mesmo que tenha de estabelecer um plano alimentar de forma a não me esquecer de a consumir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Acredito que consigo consumir fruta diariamente, mesmo que esteja cansado(a) e não me apeteça muito comer este tipo de alimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Acredito que consigo consumir fruta diariamente, mesmo que tenha de ultrapassar os meus hábitos de não consumir muita fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**O. Depois de começar a consumir fruta diariamente é importante manter este hábito ao longo do tempo. Sentes-te com capacidade de manter este hábito, mesmo que:**

	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente		
	1	2	3	4	5	6	7
1. ... necessites de muito tempo para desenvolver as rotinas necessárias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... tenhas de recomeçar várias vezes até conseguir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... estejas preocupado(a) com outros aspectos da minha vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... a tua família/amigos não alterarem os seus hábitos alimentares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**P. Durante a próxima semana, qual a tua intenção de consumir diariamente fruta? Expressa a tua opinião, segundo a seguinte escala:**

	Discordo Totalmente				Concordo Totalmente		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Hoje já vou comer fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Daqui para a frente tenho a intenção de consumir fruta diariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pretendo consumir um mínimo de 3 porções de fruta por dia, todos os dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Q. Habitualmente, o que é que costumavas consumir nos intervalos das refeições? (Escreve)**

---



---



---

**R. A seguir, apresentamos-te duas imagens pertencentes a campanhas publicitárias:**



(A)



(B)

R.1. Recordaste de ter visto alguma delas? Assinala.

Não       Sim      Qual?    A     B     A e B

R.2. Como classificas os produtos anunciados em cada uma das campanhas, relativamente à seguinte escala:

		Nada Prático de comer						Muito Prático de comer
		1	2	3	4	5	6	7
A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nada Saudável						Muito Saudável
		1	2	3	4	5	6	7
A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nada Calórico						Muito Calórico
		1	2	3	4	5	6	7
A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nada Prático de transportar						Muito Prático de transportar
		1	2	3	4	5	6	7
A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nada Saboroso						Muito Saboroso
		1	2	3	4	5	6	7
A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nada Caro						Muito Caro
		1	2	3	4	5	6	7
A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

R.3. Como classificas as campanhas publicitárias, relativamente à seguinte escala:

		Nada Divertida					Muito Divertida	
		1	2	3	4	5	6	7
A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Nada Apelativa					Muito Apelativa	
		1	2	3	4	5	6	7
A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Nada Criativa					Muito Criativa	
		1	2	3	4	5	6	7
A		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

R.4. Na tua opinião, qual o aspecto de que gostaste mais em cada campanha publicitária. (Escreve)

A: \_\_\_\_\_  
 B: \_\_\_\_\_

R.5. Algumas destas campanhas te desperta a vontade de consumir o produto anunciado? Assinala.

Não       Sim      Qual?    A     B     A e B

R.6. Em qual dos meios de comunicação viste essas campanhas? Assinala.

Televisão       Rádio       Internet       Outro \_\_\_\_\_

R.7. Achas que deveriam existir mais campanhas publicitárias referente ao consumo de fruta? Assinala.

Sim       Não

**Muito obrigada pela tua  
colaboração.  
A Investigadora.**

## Anexo 8

### Modelos estruturais referentes ao género feminino e masculino

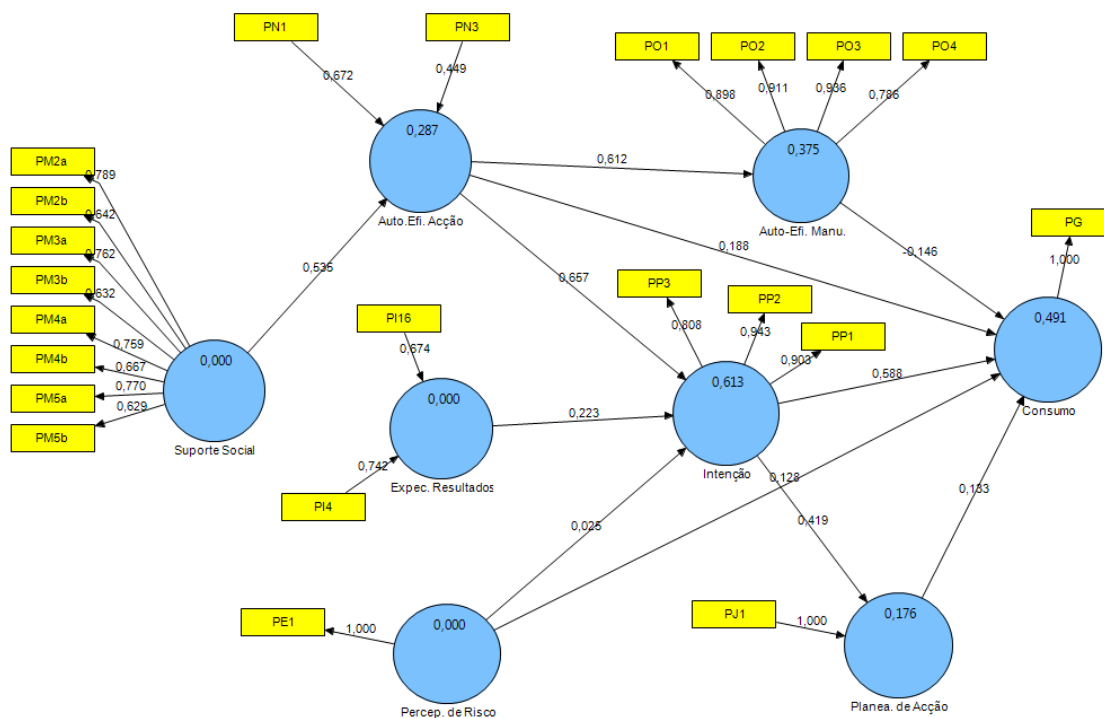


Figura A8.1 - Modelo estrutural referente ao género feminino.

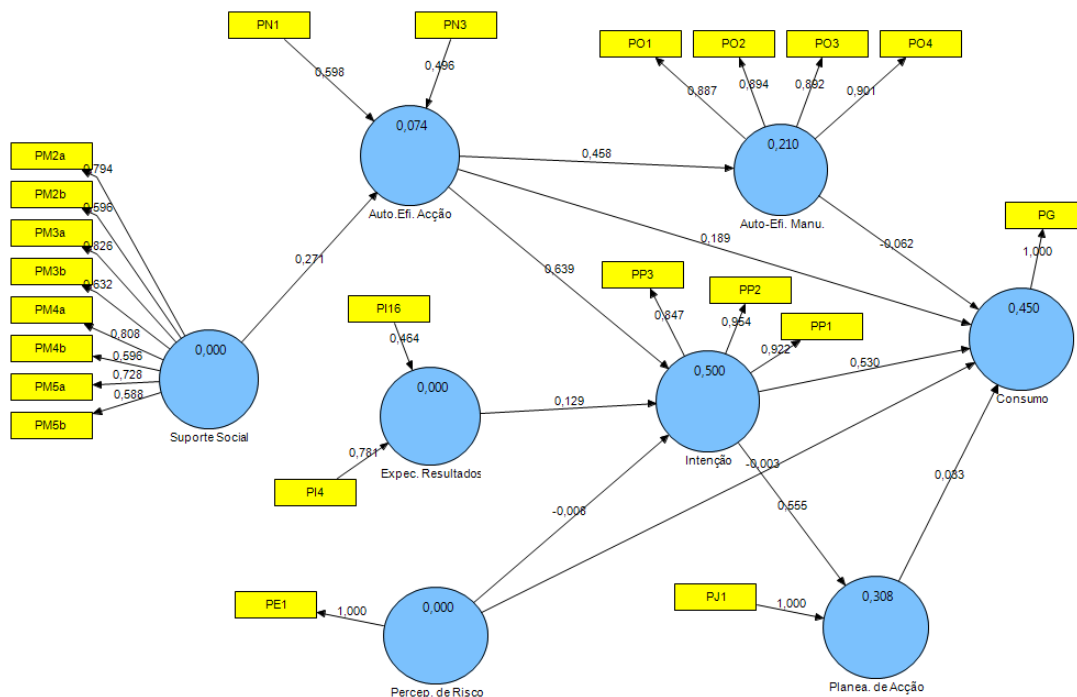


Figura A8.2 - Modelo estrutural referente ao género masculino.

## Anexo 9

### Modelos estruturais referentes aos adolescentes mais novos e mais velhos

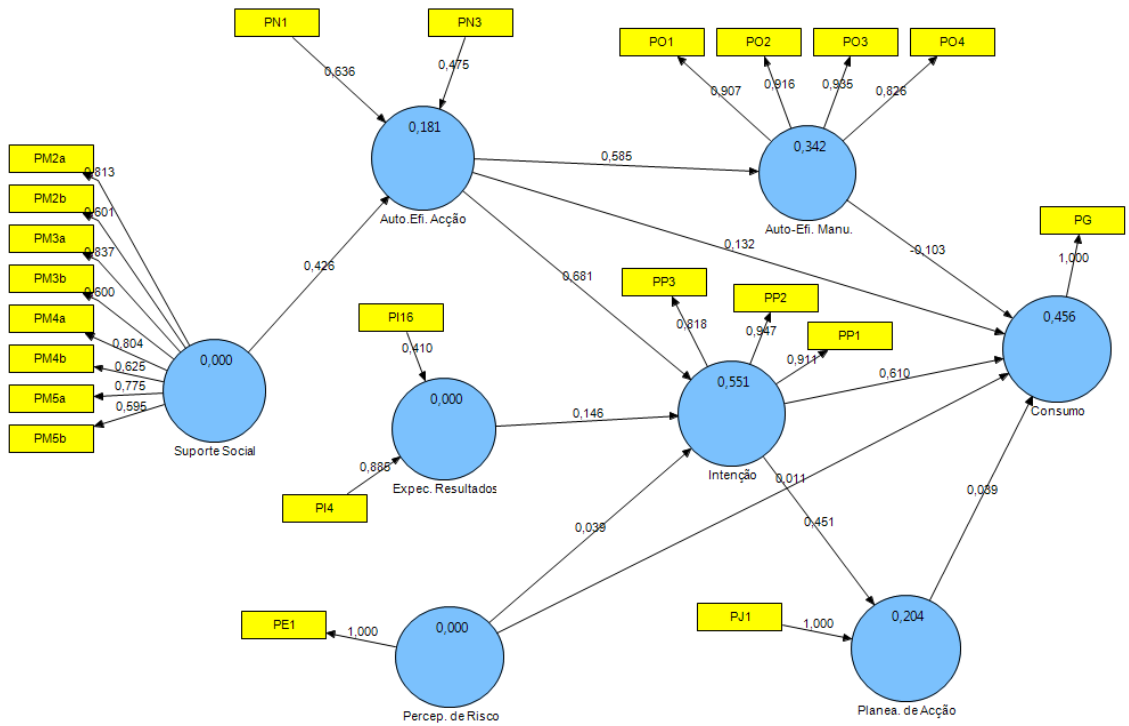


Figura A9.1 - Modelo estrutural referente aos adolescentes mais novos.

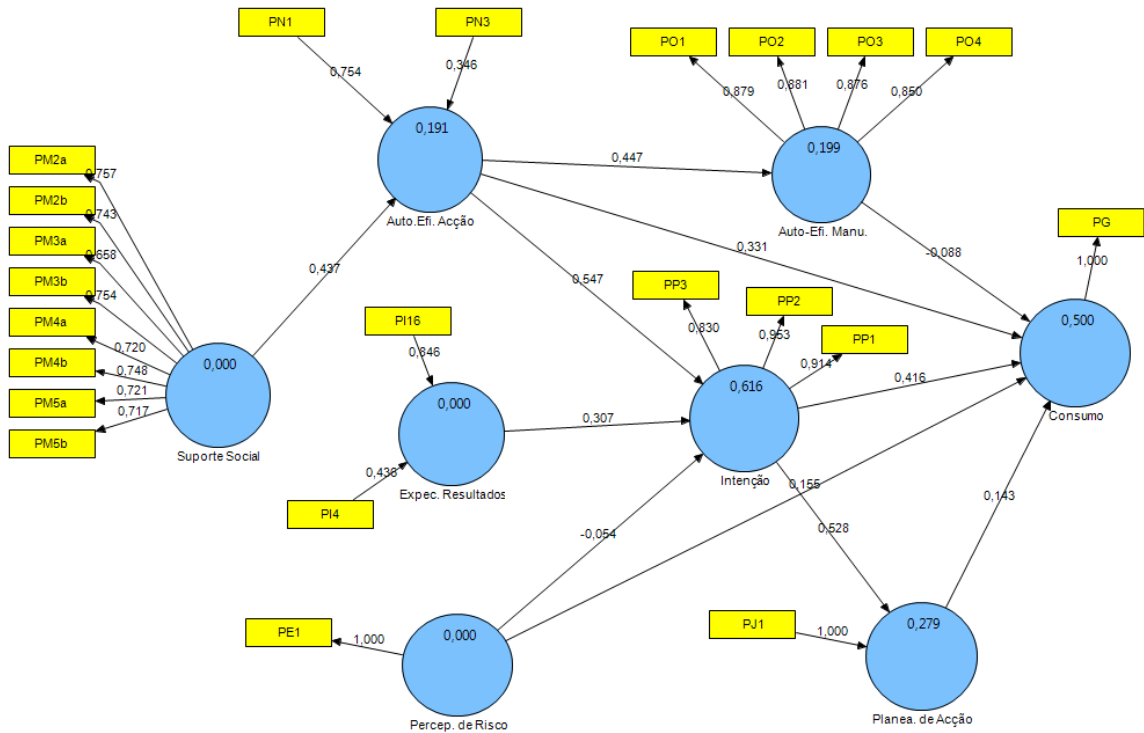


Figura A9.2 - Modelo estrutural referente aos adolescentes mais velhos.

## Anexo 10

### Modelos estruturais referentes à preferência pelas diferentes campanhas

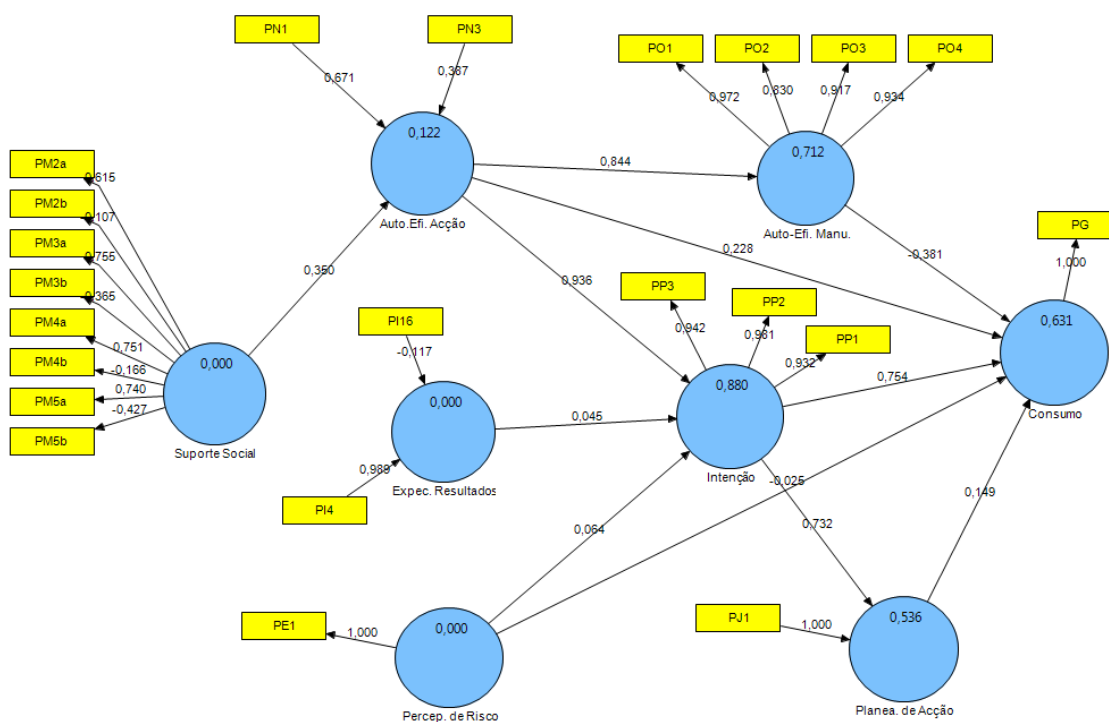


Figura A10.1 - Modelo estrutural referente à preferência pela campanha A.

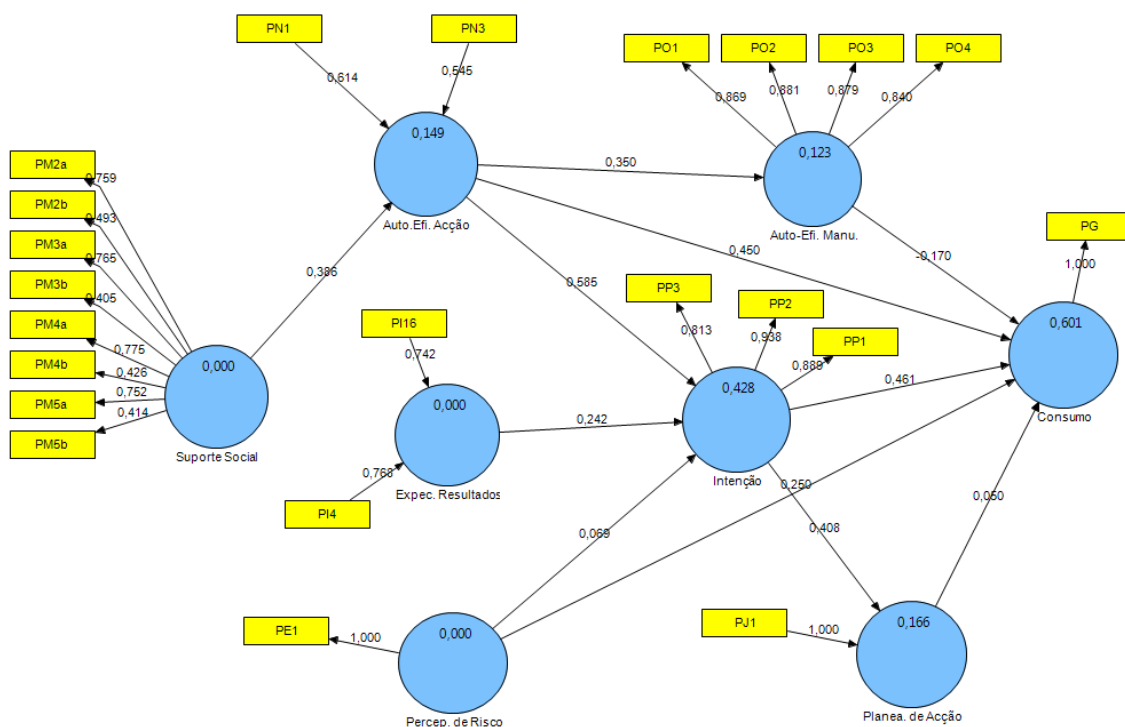


Figura A10.2 - Modelo estrutural referente à preferência pela campanha B.

## Anexo 11

### Modelos estruturais referentes ao meio rural e urbano

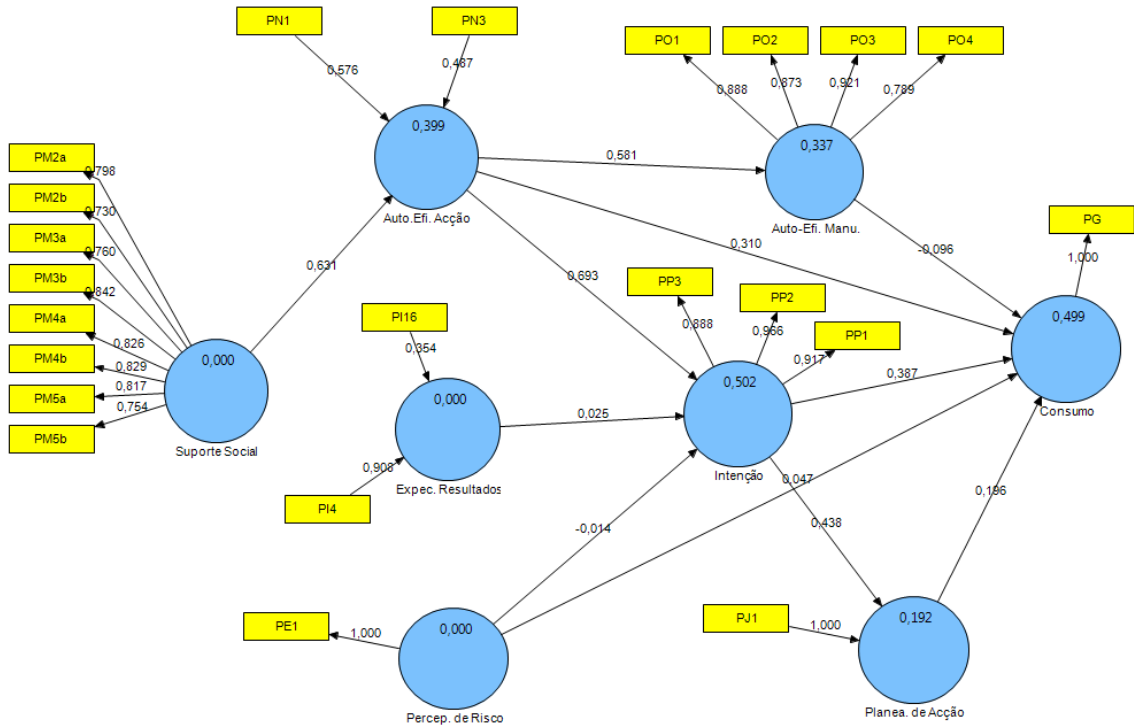


Figura A11.1 - Modelo estrutural referente ao meio rural.

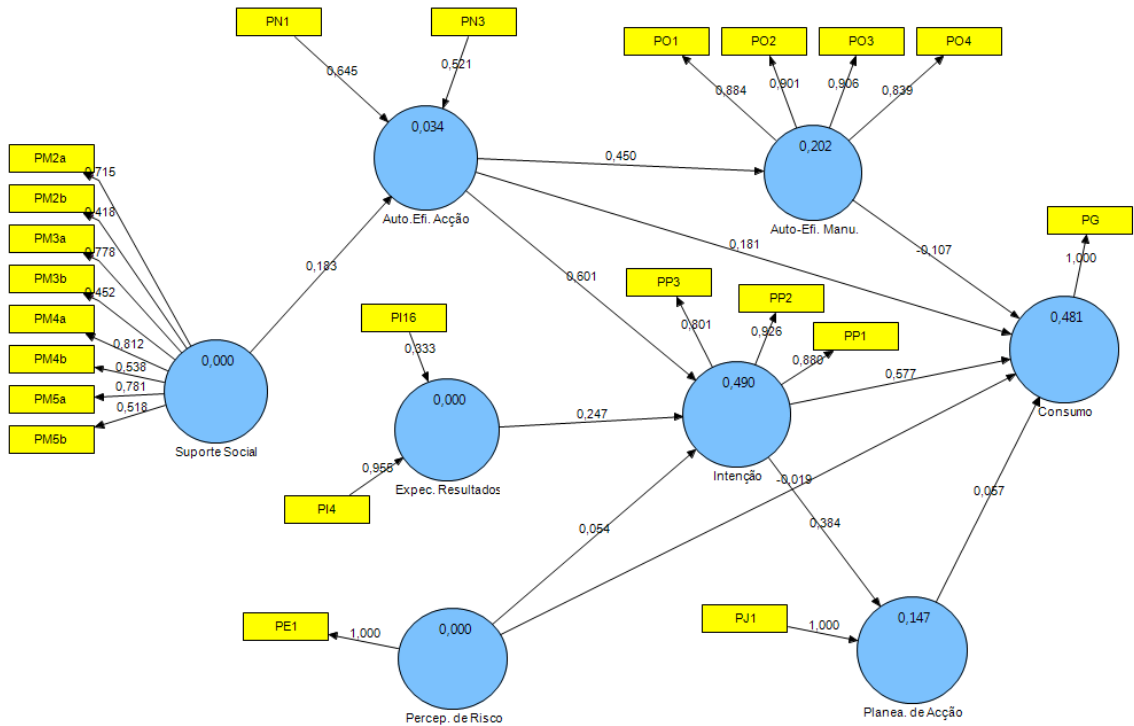


Figura A11.2 - Modelo estrutural referente ao meio urbano.