

CRENÇAS ALIMENTARES: DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO

Catarina Coelho¹ (✉ catarina.scoelho@hotmail.com), Andrea Costa¹, & Isabel Leal²

¹ISPA – Instituto Universitário, Portugal; ²ISPA – Instituto Universitário / WJCR – William James Center for Research, Portugal

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2004), a alimentação saudável é considerada um fator protetor na saúde, essencial para um estilo de vida saudável, sendo capaz de modificar o risco da população ao nível da prevenção primária e secundária (Sofi, Macchi, Abbate, Gensini, & Casini, 2013). Devido às rápidas mudanças na alimentação e estilo de vida, assiste-se a uma forte perturbação de padrões dietéticos, marcados por um aumento de alimentos processados, consumo elevado de alimentos ricos em gordura e açúcar, em detrimento de frutas e vegetais essenciais para reduzir o risco de doenças (World Health Organization [WHO], 2003, 2015).

Hoje em dia, a população defronta-se com uma enorme quantidade de informação sobre alimentação e saúde (De Cicco, Santos, da Silva, Laham, Junior, & de Lucia, 2006). Os resultados de saúde, inclusive a adesão a uma alimentação saudável, podem ser explicados por boas capacidades de literacia nutricional (Lino, Basiotis, Anand, & Variyam, 1998). No entanto, também dependem de processos mediadores como o conhecimento, atitudes e crenças, que são determinantes motivacionais sociocognitivos que têm peso nas ações de saúde (von Wagner, Steptoe, Wolf, & Wardle, 2009). Neste sentido, define-se crença como uma disposição para a ação, desempenhando um papel causal na produção do comportamento (Diniz, 2004; Rakotosamimanana, Arviseneta, & Valentin, 2014).

A compreensão dos determinantes que influenciam as práticas alimentares é vital para o desenvolvimento de intervenções culturais apropriadas que promovam uma mudança comportamental relacionada com a alimentação (Fernandez, Rolley, Rajaratnam, Everett, & Davidson, 2015). O conhecimento por si só não prediz ou muda comportamento,

sendo necessário compreender a maneira como as pessoas pensam sobre o seu comportamento e, por isso, estratégias de intervenção que focam as crenças sobre a dieta e a saúde podem ajudar na adoção a uma alimentação saudável (Ogden, 2012; Patterson, Kristal, Lynch, & White, 1995). Desta forma, torna-se importante estudar as crenças alimentares na população, já que diferentes crenças podem explicar diferenças comportamentais na escolha dos alimentos (Beydoun & Wang, 2008; Wardle, Haase, Steptoe, Nillapun, Jonwutiwes, & Bellisle, 2004).

Sabe-se que fatores demográficos e socioeconómicos influenciam as escolhas alimentares relatadas pelos indivíduos, sendo determinantes que muitas vezes se encontram interrelacionados (Tepper, Choi, & Nayga Jr, 1997). Observam-se diferenças ao nível de crenças e práticas entre homens e mulheres, tendo os homens menos probabilidade de seguir recomendações nutricionais e as mulheres a relatarem escolhas mais saudáveis (Wardle et al., 2004). A idade encontra-se relacionada com as crenças alimentares e com o conhecimento das recomendações nutricionais e composição dos alimentos, sendo que se observa que são os jovens e os idosos que têm maior probabilidade de ter menos conhecimento (Harnack, Block, Subar, & Lane, 1998; Patterson et al., 1995). Existe também uma associação entre o tipo de alimentação e as habilitações literárias dos indivíduos, aqui entendidas como o conhecimento dos indivíduos. Um elevado nível de conhecimento nutricional associa-se a um consumo de alimentos saudáveis, por exemplo entre os estudantes universitários (Gibson, Wardle, & Watts, 1998; Tepper et al., 1997). Quanto à relação entre alimentação e rendimento mensal, observa-se que populações economicamente em desvantagem optam por alimentos menos saudáveis, já que os custos de alimentos frescos continuam a ser mais elevados (Fernandez et al., 2015). O consumo de frutas e vegetais é menor em famílias com dificuldades económicas, notando-se a falta de diversidade e qualidade na alimentação destas (Beydoun & Wang, 2008; Wolfe & Campbell, 1993).

Já que o estilo de alimentação é predito pelas crenças alimentares, é fundamental estudar as crenças alimentares que as pessoas têm. No entanto, verifica-se que não existem instrumentos que meçam estas crenças, além de poucos serem os estudos sobre estes conceitos na população portuguesa. Por isso, este estudo tem como objetivo desenvolver e validar um instrumento de avaliação de crenças alimentares para adultos portugueses. Pretende-se

ainda perceber se existem diferentes crenças alimentares de acordo com as características sociodemográficas dos participantes.

MÉTODO

Participantes

A amostra, com efeito bola de neve, foi constituída por 409 participantes, entre os 18 e os 93 anos ($M=37,04$; $DP=15,43$), maioritariamente do género feminino (81,9%). O Quadro 1 resume as características sociodemográficas da amostra deste estudo.

Quadro 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Características		<i>N</i>	%
Género	Masculino	74	18,1
	Feminino	335	81,9
Habilitações Literárias	Não frequentou nenhum sistema de ensino formal	5	1,2
	1º ciclo do Ensino Básico (1º ano – 4º ano)	10	2,4
	2º ciclo do Ensino Básico (5º ano – 6º ano)	5	1,2
	3º ciclo do Ensino Básico (7º ano – 9º ano)	16	3,9
	Ensino Secundário (10º ano – 12º ano)	86	21,0
	Ensino Superior	287	70,2
Rendimento Mensal	Até 530€	93	22,7
	Até 700€	57	13,9
	Até 1000€	90	22,0
	Até 3000€	99	24,2
	Até 5000€	5	1,2
	Superior a 5000€	4	1,0
	Outra	61	14,9

Material

O protocolo do estudo consistia num consentimento informado, num questionário sociodemográfico, e no Questionário de Crenças Alimentares. O questionário sociodemográfico, constituído por quatro itens, pretendeu caracterizar a amostra quanto ao género, idade, habilitações literárias e rendimento mensal.

Procedeu-se à construção do Questionário de Crenças Alimentares, destinado à população adulta. É um questionário de autoquestionário, constituído por 54 itens numa escala de likert de 5 pontos (de 1 “Discordo

Bastante” a 5 “Concordo Bastante”), que avaliam a percepção dos participantes sobre o que é que uma alimentação saudável, sobre a relação entre alimentação e saúde, e sobre o que influencia a adesão a uma alimentação saudável (e.g., benefícios, barreiras). Os *scores* dos diferentes fatores são calculados através das médias, sendo que uma maior pontuação corresponde a uma maior concordância com as recomendações comumente aceites para uma alimentação saudável.

Procedimento

O desenvolvimento dos itens do Questionário de Crenças Alimentares teve por base a revisão de literatura (e.g., Beydoun & Wang, 2008; Gibson et al., 1998; Wardle et al., 2004; WHO, 2015) e a discussão entre os investigadores do estudo ao longo de seis sessões. Optou-se por fazer a realização de um pré-teste a 10 pessoas, do qual resultaram alterações. Posteriormente, procedeu-se à sua aplicação e estudo das propriedades psicométricas. O estudo foi divulgado presencialmente, e.g., em centros de dia de forma a recrutar participantes mais idosos, e online, através das redes sociais (*facebook*) e do correio eletrónico. Todos os participantes foram informados acerca do tema, objetivos e condições de participação, tendo-se assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados, sendo o consentimento informado recebido de todos os participantes.

Análise estatística. Foram calculadas as estatísticas descritivas das variáveis sociodemográficas e itens do questionário, para caracterização da amostra e avaliação da sensibilidade dos itens. Valores absolutos de Sk e Ku inferiores a três e 10, respetivamente, indicam adequada sensibilidade dos itens (Kline, 2000). A estrutura fatorial do questionário foi avaliada através de uma análise fatorial exploratória. O fatores comuns retidos foram aqueles que apresentavam valores próprios superiores a um e uma percentagem de variância explicada superior a 50% (Maroco, 2010). Os itens com peso fatorial inferior a 0,50 não foram retidos. A adequação de amostragem foi avaliada por recurso ao Kaiser-Meyer-Olkin, com um KMO > 0,70 a indicar adequação média (*ibidem*). A fiabilidade da medida foi avaliada através da consistência interna, com alfa de Cronbach superior a 0,60 ou 0,70 a ser considerado aceitável ou bom (Kline, 2000). Finalmente, para avaliar as diferenças ao nível das crenças alimentares em função das variáveis socio-

demográficas, realizaram-se testes de diferenças de médias. As análises estatísticas foram realizadas com recurso ao software IBM SPSS Statistics (v. 22).

RESULTADOS

Análise Fatorial Exploratória

Obteve-se um valor de medida de adequação de amostragem médio (KMO=0,744), sendo possível estimar a análise fatorial. A AFE reteve 17 itens ($\lambda \geq 0,51$), e suportou a solução de quatro fatores que explicam 51,8% da variância: (a) Fator I – Alimentação e Saúde; (b) o Fator II – Hábitos Alimentares Diários; (c) o Fator III – Barreiras à Alimentação Saudável; e (d) o Fator IV – Ideologia.

Sensibilidade e Fiabilidade

As medidas de forma assimetria e curtose foram analisadas para os itens e variaram, respetivamente, entre -1,96 e 0,97, e -0,41 e 5,27, indicando boa sensibilidade dos itens. O Quadro 2 apresenta os resultados para a consistência interna das dimensões do questionário em estudo e da medida no seu todo. À exceção do fator III, a escala total e as subescalas do questionário demonstram $\alpha > 0,60$.

Quadro 2

Alfas de Cronbach das Subescalas e da Escala de Crenças Alimentares

Subescalas	Nº de itens	Alfas de Cronbach
I. Alimentação e Saúde	5	0,76
II. Hábitos Alimentares Diários	5	0,72
III. Barreiras à Alimentação Saudável	4	0,57
IV. Ideologia	3	0,64
Total	17	0,74

Género, idade, habilitações literárias, rendimento e crenças alimentares

Como se pode observar no Quadro 3, as mulheres manifestam maior concordância com as recomendações para uma boa alimentação, no que respeita à relação entre alimentação e saúde e aos hábitos alimentares diários

(cf. Quadro 3). Verificou-se que as crenças sobre alimentação e saúde e sobre as barreiras à alimentação saudável apresentam uma correlação fraca com a idade ($r=-0,124$; $p=0,012$; $r=-0,181$; $p<0,001$, respetivamente), enquanto as crenças sobre os hábitos alimentares diários apresentam uma correlação moderada com a idade ($r=-0,296$; $p<0,001$). Quanto à relação entre a idade e as crenças ideológicas, não se observou nenhuma correlação significativa ($r=0,058$; $p=0,243$). Constatou-se que são os sujeitos com o ensino secundário e o ensino superior que apresentam crenças mais positivas no que respeita à alimentação e saúde [$\chi^2_{KW}(5)=13,42$; $p=0,02$] e hábitos alimentares diários [$\chi^2_{KW}(5)=31,094$, com $p=0,000$]. Não se observaram diferenças significativas entre habilitações literárias no que diz respeito às barreiras à alimentação saudável [$\chi^2_{KW}(5)=9$; com $p=0,109$] e à ideologia [$\chi^2_{KW}(5)=0,527$; $p=0,992$]. Não se observaram diferenças significativas quanto às crenças alimentares em nenhuma das subescalas [Fator I: $\chi^2_{KW}(6)=7,85$; $p=0,25$; Fator II: $F(6,402)=0,542$; $p=0,776$; Fator III: $F(6,402)=1,53$; $p=0,167$; Fator IV: $\chi^2_{KW}(6)=8,5$; $p=0,204$].

Quadro 3

Médias, Desvio-padrão e resultados do teste t-Student

Subescalas	Género	N	M	DP	Teste t-Student
Alimentação e Saúde	Masculino	74	3,99	0,52	$t(407)=2,98$; $p=0,003$
	Feminino	335	4,19	0,50	
Hábitos Alimentares Diários	Masculino	74	4,20	0,60	$t(407)=2,40$; $p=0,017$
	Feminino	335	4,37	0,55	
Barreiras à Alimentação Saudável	Masculino	74	3,58	0,64	$t(407)=1,83$; $p=0,068$
	Feminino	335	3,76	0,63	
Ideologia	Masculino	74	2,31	0,60	$t(407)=0,65$; $p=0,517$
	Feminino	335	2,37	0,77	

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo, mesmo que ainda exploratórios, demonstram que o Questionário de Crenças Alimentares parece ser um instrumento sensível, válido e fiável. A medida e suas subescalas demonstraram uma consistência interna aceitável, à exceção do fator III, o que pode ser explicado pelo fato desta escala ser de carácter bastante exploratório, não

havendo instrumentos de avaliação de crenças alimentares. A análise fatorial suporta a solução de quatro fatores (Alimentação e Saúde, Hábitos Alimentares Diários, Barreiras à Alimentação Saudável, e Ideologia) e a fiabilidade individual dos itens. Os resultados da associação entre as crenças alimentares e as variáveis sociodemográficas vão no sentido esperado tendo em conta a literatura anterior, o que suporta a validade de critério deste instrumento.

Sabe-se que entre comportamentos promotores de saúde, encontram-se os hábitos alimentares, sendo as crenças preditores destes (Patterson et al., 1995; Viana, 2002). São as mulheres e sujeitos com ensino secundário e ensino superior que apresentam crenças mais positivas, estando mais conscientes sobre a sua saúde ao manifestar um maior cuidado diário com a sua alimentação (De Cicco et al., 2006; Gibson et al., 1998). Pelo contrário, constata-se uma correlação negativa entre idade e crenças, com a população idosa a relatar significativamente menos crenças positivas. Fatores como o custo de alimentos saudáveis, a falta de tempo em preparar refeições saudáveis e a ansiedade, são pensados como tendo um papel determinante na recusa a uma alimentação saudável, o que é congruente com os resultados encontrados por Lennernäs e colaboradores (1997), que verificaram que a qualidade e a disponibilidade dos alimentos e o desejo de consumir os alimentos preferidos constituem-se também como barreiras à alimentação saudável.

Uma explicação encontrada para a ausência de associação entre as variáveis sociodemográficas e a Ideologia, deve-se ao elevado número de *outliers*. Esta observação reforça que a alimentação é um tema gerador de opiniões discrepantes, determinadas em grande parte pelas questões culturais de cada pessoa e, conseqüentemente, pelas crenças individuais.

Contrariamente ao revisto na literatura, não se verificaram diferenças significativas quanto ao rendimento mensal da amostra. Neste sentido, aponta-se como uma limitação do estudo no que toca à metodologia adotada para aferição do rendimento. Em estudos futuros poderia optar-se por fazer uma distinção entre empregado ou desempregado. Relativamente a outras limitações, destaca-se o método de amostragem utilizado e a grande maioria da amostra constituída por mulheres e sujeitos com ensino superior que podem ter enviesado os resultados.

Existem outros determinantes de adesão à alimentação saudável que necessitam de ser pensados (Silva, Pais-Ribeiro, & Cardoso, 2008). É

nesta perspectiva que a compreensão das crenças que influenciam as práticas alimentares se torna essencial para a implementação de programas eficazes de promoção de saúde e prevenção de doenças (Fernandez et al., 2015; Silva et al., 2008). Este trabalho veio contribuir para a construção de uma escala de avaliação de crenças alimentares, que pode tornar-se um instrumento útil à compreensão do comportamento alimentar.

REFERÊNCIAS

- Beydoun, M. A., & Wang, Y. (2008). Do nutrition knowledge and beliefs modify the association of socio-economic factors and diet quality among US adults? *Preventive Medicine, 46*, 145-153. doi: 10.1016/j.ypmed.2007.06.016
- De Cicco, M. F., Santos, N. D. O., da Silva, M. M., Laham, C., Junior, A. G., & de Lucia, M. C. S. (2006). Imagem corporal, práticas de dietas e crenças alimentares em adolescentes e adultas. *Psicologia Hospitalar, 4*(1), 1-27.
- Diniz, A. M. (2004). *Sobre essas coisas a que chamamos crenças: Para uma propedêutica da psicologia da crença*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fernandez, R., Rolley, J. X., Rajaratnam, R., Everett, B., & Davidson, P. M. (2015). Reducing the risk of heart disease among Indian Australians: Knowledge, attitudes, and beliefs regarding food practices – A focus group study. *Food & Nutrition Research, 59*, 1-7. doi: 10.3402/fnr.v59.25770
- Gibson, E. L., Wardle, J., & Watts, C. J. (1998). Fruit and vegetable consumption, nutritional knowledge and beliefs in mothers and children. *Appetite, 31*, 205-228. doi: 10.1006/appe.1998.0180
- Harnack, L., Block, G., Subar, A., & Lane, S. (1998). Cancer prevention-related nutrition knowledge, beliefs, and attitudes of us adults: 1992 NHIS cancer epidemiology supplement. *Journal of Nutrition Education, 30*, 131-138. doi: 10.1016/S0022-3182(98)70303-6
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing* (2nd ed.). London: Routledge.
- Lenneräs, M., Fjellström, C., Becker, W., Giachetti, I., Schmitt, A., de Winter, A. M. R., & Kearney, M. (1997). Influences on food choice perceived to be important by nationally-representative samples of adults in the European Union. *European Journal of Clinical Nutrition, 51*, S8-S15. Retirado de <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=529fc49c-785e-47e3-be43->

9b7c2b4c7056%40sessionmgr103&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1lZH MtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=10515738&db=a9h

- Lino, M., Basiotis, P. P., Anand, R. S., & Variyam, J. N. (1999). The diet quality of Americans: Strong link with nutrition knowledge. *Family Economics and Nutrition Review*, 12(1), 49-51.
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Ogden, J. (2012). Health beliefs. In J. Ogden (Ed.), *Health psychology: A textbook* (5th ed., pp. 37-64). England: McGraw-Hill Education.
- Patterson, R. E., Kristal, A. R., Lynch, J. C., & White, E. (1995). Diet-cancer related beliefs, knowledge, norms, and their relationship to healthful diets. *Journal of Nutrition Education*, 27, 86-92. doi: 10.1016/S0022-3182(12)80348-7
- Rakotosamimanana, V. R., Arvisenet, G., & Valentin, D. (2014). Studying the nutritional beliefs and food practices of Malagasy school children parents. A contribution to the understanding of malnutrition in Madagascar. *Appetite*, 81, 67-75. doi: 10.1016/j.appet.2014.05.032
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. L., & Cardoso, H. (2008). Porque comemos o que comemos? Determinantes psicossociais da selecção alimentar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 189-208.
- Sofi, F., Macchi, C., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2013). Review article: Mediterranean diet and health. *International Union of Biochemistry and Molecular Biology*, 39, 335-342. doi: 10.1002/biof.1096
- Tepper, B. J., Choi, Y.-S., & Nayga Jr, R. M. (1997). Understanding food choice in adult men: Influence of nutrition knowledge, food beliefs and dietary restraint. *Food Quality and Preference*, 8, 307-317. doi: 10.1016/S0950-3293(97)00014-1
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4(20), 611-624.
- von Wagner, C., Steptoe, A., Wolf, M. S., & Wardle, J. (2009). Health literacy and health actions: A review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior*, 36, 860-877. doi: 10.1177/1090198108322819
- Wardle, J., Haase, A. M., Steptoe, A., Nillapun, M., Jonwutiwes, K., & Bellisle, F. (2004). Gender differences in food choice: The contribution of health beliefs and dieting. *Annals of Behavioral Medicine*, 27, 107-116. doi: 10.1207/s15324796abm2702_5
- Wolfe, W. S., & Campbell, C. C. (1993). Food pattern, diet quality, and related characteristics of schoolchildren in New York State. *Journal of the American Dietetic Association*, 93, 1280-1284. doi: 10.1016/0002-8223(93)91955-P

PROMOVER E INOVAR EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

- World Health Organization. (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of a joint WHO/FAO expert consultation*. 916. Geneva. Disponível em http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/gsfao_introduction.pdf
- World Health Organization. (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*.
- World Health Organization. (2015). *Healthy diet*. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>