

**MESTRADO EM
MARKETING**

**TRABALHO FINAL DE MESTRADO
DISSERTAÇÃO**

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DENTRO E FORA DE CASA: ATITUDES E
COMPORTAMENTOS

THAÍS FERRAZ QUEIROZ DE SOUZA

OUTUBRO - 2020

MESTRADO EM MARKETING

TRABALHO FINAL DE MESTRADO DISSERTAÇÃO

**ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DENTRO E FORA DE CASA: ATITUDES E
COMPORTAMENTOS**

THAÍS FERRAZ QUEIROZ DE SOUZA

ORIENTAÇÃO:

**PROF.^a DOUTORA MARIA MARGARIDA DE MELO COELHO DUARTE
PROF. DOUTOR RUI BRITES CORREIA DA SILVA**

OUTUBRO - 2020

AGRADECIMENTOS

À minha família, que me permitiu realizar o sonho de fazer um mestrado, por me apoiar em todas as decisões; por acreditar em mim e por me dar força sempre que necessário. Todas as minhas conquistas são dedicadas para eles.

À professora Margarida, por ter aceitado ser a minha orientadora e por ter desempenhado tal papel com maestria, sempre disponível para esclarecer dúvidas e para contribuir com o meu conhecimento, principalmente dentro da área do comportamento do consumidor.

Ao professor Rui, que me co-orientou e partilhou comigo o seu profundo conhecimento a respeito da teoria da ação racional e a sua experiência com a análise quantitativa de dados. Ainda, agradeço pela sua disponibilidade e atenção durante o projeto.

Ao professor e colega Marcus, que me acompanha desde a minha licenciatura. Agradeço pelos seus ensinamentos e por ter me motivado a fazer um mestrado. Ainda, sou grata pela sua paciência, disponibilidade e, sobretudo, amizade.

A todos os amigos que me apoiaram, especialmente aqueles que conheci durante o mestrado e que viveram comigo este sonho. O que construímos foi um laço de amizade e carinho, no qual as diferenças culturais contribuíram para intensificar e somar a relação.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo compreender a relação entre a atitude e a intenção dos indivíduos de se alimentarem de forma saudável dentro e fora de casa. Para tal, foi utilizada a teoria da ação racional, tendo sido estudadas as componentes da atitude e da norma subjetiva. Os conceitos de atitude e a teoria da ação racional, a relação da atitude com o comportamento, a atitude em relação à comida, o conceito de alimentação saudável e as suas particularidades são estudados. O estudo é exploratório e misto, sendo que a recolha de dados é feita através de entrevistas e, de seguida, questionário. Os resultados sugerem que a intenção de fazer uma alimentação saudável em casa é influenciada pelas atitudes do indivíduo, enquanto que as refeições fora do lar são influenciadas pelas atitudes e normas subjetivas. Os resultados ajudam as organizações a conhecerem de forma mais profunda os seus consumidores com base nas suas atitudes e crenças, o que potencia decisões mais assertivas nos níveis estratégico e operacional.

Palavras-chave: atitude, comportamento do consumidor, alimentação saudável, atitude em relação a comida, teoria da ação racional.

ABSTRACT

The purpose of this study is to understand the relationship between attitude and the intention of individuals to eat healthily inside and outside home. Thus, the theory of reasoned action was used, in which the components of attitude and subject norm were studied. The concepts of attitude and the theory of reasoned action, the relationship between attitude and behavior, the attitude towards food, the concept of healthy eating and its particularities are studied. The study is exploratory and mixed, with the data being collected first by interviews and later, by questionnaire. The results suggest that intention of eating healthy at home is only influenced by attitudes, while when eating outside home, both attitudes and subjective norms are good predictors of intentions. The results help companies to understand better their customers and to make better and more assertive decisions at the strategic and operational levels.

Keywords: attitude, theory of reasoned action, consumer behavior, healthy eating, attitude toward food.

RESUMO.....	1
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	1
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	1
1.2 PROPÓSITO DO ESTUDO E OBJETIVOS ESPECÍFICOS	1
1.3 RELEVÂNCIA CIENTÍFICA E EMPRESARIAL	2
CAPÍTULO 2 – REVISÃO DE LITERATURA.....	2
2.1 ATITUDE	2
2.1.1 <i>Componente cognitiva.....</i>	4
2.1.1.1 Teoria da ação racional	4
2.1.1.2 Teoria do comportamento planeado.....	8
2.1.2 <i>Componente afetiva</i>	9
2.1.3 <i>Componente conativa.....</i>	9
2.2 ATITUDE E COMPORTAMENTO	10
2.3 ATITUDES EM RELAÇÃO À COMIDA	11
2.4 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.....	12
2.4.1 <i>Definição.....</i>	12
2.4.2 <i>Alimentação saudável em casa</i>	13
2.4.3 <i>Alimentação saudável fora de casa</i>	14
2.4.4 <i>Atitude em relação à alimentação saudável</i>	15
2.4.5 <i>Atitude e comportamento em relação à alimentação saudável.....</i>	16
2.5 PROPOSTA DO <i>FRAMEWORK</i>	18
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA	19
CAPÍTULO 4 – DADOS E PROCEDIMENTOS	19
4.1 RECOLHA DE DADOS	19
4.2 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	20
4.3 ALTERAÇÕES E RECODIFICAÇÕES DAS VARIÁVEIS.....	21
4.4 CONSTRUTOS/DIMENSÕES.....	22
4.4.1 <i>Alimentação saudável em casa</i>	22
4.4.2 <i>Alimentação saudável fora de casa</i>	23
4.4.3 <i>Teoria da ação racional</i>	24
CAPÍTULO 5 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	25
5.1 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM CASA	25
5.1.1 <i>Benefícios.....</i>	25
5.1.2 <i>Disciplina.....</i>	26
5.1.3 <i>Barreiras</i>	27
5.2 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL FORA DE CASA	28
5.2.1 <i>Benefícios.....</i>	28
5.2.2 <i>Disciplina.....</i>	29
5.2.3 <i>Barreiras</i>	30
5.2.4 <i>Praticidade.....</i>	32
5.3 TEORIA DA AÇÃO RACIONAL	33
5.3.1 <i>Regressão múltipla</i>	33
CAPÍTULO 6 – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES	34

6.1 CONCLUSÕES	34
6.2 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÃO FUTURA	36
REFERÊNCIAS.....	37
ANEXOS.....	43
ANEXO 1: PRINCIPAIS TÓPICOS REFERENTES A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.....	43
ANEXO 2: VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS RECODIFICADAS.....	43
ANEXO 3: CÁLCULO DE NOVAS VARIÁVEIS	43
ANEXO 4: AVALIAÇÃO DAS CRENÇAS SOBRE DISCIPLINA NA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM CASA POR ESCALÃO ETÁRIO	44
ANEXO 5: CRENÇAS DAS BARREIRAS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM CASA POR SEXO E POR ESCALÃO ETÁRIO.....	44
ANEXO 6: AVALIAÇÃO DAS CRENÇAS DAS BARREIRAS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM CASA POR ESCOLARIDADE E POR ESCALÃO ETÁRIO	45
ANEXO 7: CRENÇAS SOBRE A DISCIPLINA DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL FORA DE CASA POR ESCALÃO ETÁRIO.....	46
ANEXO 8: AVALIAÇÃO DAS CRENÇAS SOBRE A DISCIPLINA DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL FORA DE CASA POR ESCALÃO ETÁRIO	47
ANEXO 9: CRENÇAS SOBRE AS BARREIRAS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL FORA DE CASA POR ESCALÃO ETÁRIO.....	47
ANEXO 10: AVALIAÇÕES DAS CRENÇAS SOBRE AS BARREIRAS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL FORA DE CASA POR ESCALÃO ETÁRIO	48
ANEXO 11: PRESSUPOSTOS PARA REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA: EM CASA	48
ANEXO 12: PRESSUPOSTOS PARA REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA: FORA DE CASA.....	48
ANEXO 13: REGRESSÃO MÚLTIPLA: ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM CASA.....	49
ANEXO 14: REGRESSÃO MÚLTIPLA: ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL FORA DE CASA.....	49
ÍNDICE DE FIGURAS	
FIGURA 1 MODELO ADAPTADO DA TEORIA DA AÇÃO RACIONAL	18
ÍNDICE DE QUADROS	
QUADRO 1 CARACTERIZAÇÃO SOCIAL DA AMOSTRA	21
QUADRO 2 ÍNDICE DE CRENÇAS E AVALIAÇÕES SOBRE OS BENEFÍCIOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM CASA	22
QUADRO 3 ÍNDICE DE CRENÇAS E AVALIAÇÕES SOBRE A DISCIPLINA NA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM CASA	22
QUADRO 4 ÍNDICE DE CRENÇAS E AVALIAÇÕES SOBRE AS BARREIRAS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM CASA.....	22
QUADRO 5 ÍNDICE DE CRENÇAS E AVALIAÇÕES SOBRE OS BENEFÍCIOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL FORA DE CASA	23
QUADRO 6 ÍNDICE DE CRENÇAS E AVALIAÇÕES SOBRE A DISCIPLINA DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL FORA DE CASA	23
QUADRO 7 ÍNDICE DE CRENÇAS E AVALIAÇÕES SOBRE AS BARREIRAS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL FORA DE CASA	24
QUADRO 8 ÍNDICE DE CRENÇAS E AVALIAÇÕES SOBRE A PRATICIDADE DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL FORA DE CASA	24
QUADRO 9 ÍNDICE DA ATITUDE DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM CASA E FORA DE CASA.....	24
QUADRO 10 ÍNDICE DAS NORMAS SUBJETIVAS REFERENTES A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM CASA E FORA DE CASA.....	25
QUADRO 11 CRENÇAS E AVALIAÇÕES DOS BENEFÍCIOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM CASA (MÉDIAS).....	25
QUADRO 12 CRENÇAS E AVALIAÇÕES SOBRE OS BENEFÍCIOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM CASA POR SEXO, IDADE E ESCOLARIDADE (MÉDIAS)	26
QUADRO 13 CRENÇAS E AVALIAÇÕES DA DISCIPLINA NA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM CASA (MÉDIAS)	26
QUADRO 14 CRENÇAS E AVALIAÇÕES SOBRE A DISCIPLINA DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM CASA POR SEXO, IDADE E ESCOLARIDADE (MÉDIAS)	27
QUADRO 15 CRENÇAS E AVALIAÇÕES DAS BARREIRAS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM CASA (MÉDIAS)	27
QUADRO 16 CRENÇAS E AVALIAÇÕES SOBRE AS BARREIRAS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM CASA POR SEXO, IDADE E ESCOLARIDADE (MÉDIAS)	28
QUADRO 17 CRENÇAS E AVALIAÇÕES DOS BENEFÍCIOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL FORA DE CASA (MÉDIAS).....	28

QUADRO 18 CRENÇAS E AVALIAÇÕES SOBRE OS BENEFÍCIOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL FORA DE CASA POR SEXO, IDADE E ESCOLARIDADE (MÉDIAS)	29
QUADRO 19 CRENÇAS E AVALIAÇÕES DA DISCIPLINA NA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL FORA DE CASA (MÉDIAS)	29
QUADRO 20 CRENÇAS E AVALIAÇÕES SOBRE A DISCIPLINA DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL FORA DE CASA POR SEXO, IDADE E ESCOLARIDADE (MÉDIAS)	30
QUADRO 21 CRENÇAS E AVALIAÇÕES DAS BARREIRAS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL FORA DE CASA (MÉDIAS)	31
QUADRO 22 CRENÇAS E AVALIAÇÕES SOBRE AS BARREIRAS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL FORA DE CASA POR SEXO, IDADE E ESCOLARIDADE (MÉDIAS)	31
QUADRO 23 CRENÇAS E AVALIAÇÕES DA PRATICIDADE DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL FORA DE CASA (MÉDIAS)	32
QUADRO 24 CRENÇAS E AVALIAÇÕES SOBRE A PRATICIDADE DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL FORA DE CASA POR SEXO, IDADE E ESCOLARIDADE (MÉDIAS)	32
QUADRO 25 FATORES DETERMINANTES NA INTENÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM CASA (REGRESSÃO MÚLTIPLA – MÉTODO ENTER)	33
QUADRO 26 FATORES DETERMINANTES NA INTENÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL FORA DE CASA (REGRESSÃO MÚLTIPLA – MÉTODO ENTER)	34

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização e delimitação da problemática

A evolução da ciência ampliou a complexidade da definição de alimentos saudáveis (Paquette, 2005). Os principais tópicos referentes a alimentação saudável que são destacados pela literatura incluem: baixo teor de gordura, açúcar reduzido, abundância de fibras, presença de legumes e vegetais, pouco calórica e presença de ingredientes naturais. Além disso, outras características que não estão relacionadas com a composição dos alimentos são mencionadas: equilíbrio, variedade e preparação dos alimentos. Assim, Paquette (2005) afirma que este conceito apresenta diferentes realidades, possui diversos critérios, além de ser dinâmico.

As pessoas estão cada vez mais preocupadas com o seu comportamento alimentar (Allom & Mulan, 2014) e mais conscientes dos problemas relacionados à saúde, demonstrando atenção ao conteúdo nutricional e ao valor funcional dos alimentos que consomem (Chen, Legrand, & Sloan, 2006). Ainda, Dunn, Mohr, Wilson e Wittert (2011) referem que os indivíduos devem mudar as suas crenças e atitudes com o objetivo de terem uma saúde melhor. Neste sentido, os consumidores procuram alimentos e restaurantes mais saudáveis (*National Restaurant Association*, 2009). Sun (2008) acredita que é importante explorar os fatores que explicam as atitudes em relação à alimentação saudável.

A atitude é definida como “sentimento positivo ou negativo de um indivíduo com relação a um determinado objeto de comportamento” (Fishbein & Ajzen, 1975, p. 216). Dentro desta temática, os indivíduos podem ser capazes de compreender o conceito de alimentação saudável, mas podem não estar dispostos a adotá-lo (Bisogni, Jastran, Seligson, & Thompson, 2012). Para compreender a relação entre atitude e comportamento, a teoria da ação racional destaca-se, pois tem-se revelado útil na previsão de comportamentos (Shimp & Kavas, 1984) já que tem como objetivo (1) antecipar e entender o comportamento que esteja sob controlo volitivo dos indivíduos e (2) quantificar a intenção de ter um determinado comportamento (Fishbein & Ajzen, 1975). A teoria envolve duas variáveis: atitudes e normas subjetivas, que são usadas para avaliar a intenção comportamental.

1.2 Propósito do estudo e objetivos específicos

O propósito deste estudo é compreender a relação entre a atitude e a intenção dos indivíduos de se alimentarem de forma saudável dentro e fora de casa. Para tal, é utilizada a teoria da ação racional para estudar as componentes da atitude e da norma subjetiva. Além disso, procura-se compreender (1) quais são as crenças comportamentais e avaliações que

compõem as atitudes e (2) quais são os principais referentes e as suas respectivas relevâncias que integram as normas subjetivas.

1.3 Relevância Científica e Empresarial

De acordo com Argyriou e Melewar (2011), faz sentido que os investigadores estudem o conceito de atitude e o seu processo de formação com o intuito de compreender como a atitude pode influenciar as preferências dos indivíduos e as suas decisões. Relativamente à saúde, além da preocupação com o desenvolvimento de doenças e com o consumo de muitas calorias, talvez outros tipos de problemas possam ser previstos tendo em vista as atitudes em relação à alimentação saudável (Sun, 2008).

Em termos de relevância empresarial este estudo poderá ajudar a compreender com maior nível de profundidade as atitudes e intenções comportamentais dos consumidores referentes à alimentação saudável dentro e fora do lar. Tal como referido por Zandstra, Graaf e Staveren (2001), a educação nutricional dos consumidores deve fazer parte dos critérios de segmentação. Isto é, os indivíduos podem ser segmentados com base nas suas atitudes alimentares. Essas informações poderão ser utilizadas a nível estratégico e operacional nas empresas que atuam no sector alimentar.

CAPÍTULO 2 – REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura serão abordados os conceitos de atitude, comportamento, atitude em relação a comida, alimentação saudável e as relações entre estes construtos. Para abordar a atitude, será dado destaque para a teoria utilizada nesta investigação, a teoria da ação racional.

2.1 Atitude

A atitude é uma avaliação geral duradoura de indivíduos (sobre si próprios), objetos, anúncios ou questões (Baron & Byrne, 1987, citado em Solomon, 2008, p. 285). O conceito também é definido como "sentimento positivo ou negativo de um indivíduo com relação a um determinado objeto de comportamento" (Fishbein & Ajzen, 1975, p. 216). Contudo, Ajzen (2001) alerta que esta definição sugere que os indivíduos possuam apenas uma atitude em relação a qualquer objeto. O autor considera que esta é uma conceção simplista, já que as atitudes podem ser duplas (implícitas e explícitas) em relação a um mesmo objeto, num mesmo contexto.

As atitudes assumem quatro funções: utilitária, expressão de valor, ego-defensiva e de conhecimento (Murray, Haddock, & Zanna, 1996, citado em Ajzen, 2001, p. 41). Apesar

de vários estudos terem sido feitos para estudar estas funções, a teoria fez mais promessas do que apresentou resultados (Ajzen, 2001).

O grau de comprometimento com a atitude está relacionado com o nível de envolvimento do indivíduo com o objeto da atitude. Os níveis de envolvimento são: (1) internalização, quando as atitudes se tornam valores e, por isso, são difíceis de mudar; (2) identificação, que são atitudes estabelecidas para adequação social e (3) condescendência, atitudes como recompensas ou para evitar punições. Neste último nível, a atitude é vista como superficial e passível de mudança (Solomon, 2008).

A atitude continua sendo o foco principal de teorias e pesquisas nas ciências sociais e comportamentais (Ajzen, 2001). Breckler (1984) menciona que a atitude é composta por componentes de natureza afetiva, cognitiva e conativa, facto que está de acordo com o modelo ABC de atitudes de Fishbein e Ajzen (1975). Para estes autores, o enfoque tridimensional permite que as investigações de atitudes não sejam capazes de fazer nenhuma distinção entre os três componentes. Dessa forma, o modelo enfatiza as inter relações entre saber, sentir e fazer (Solomon, 2008).

Fishbein e Ajzen (1975) acreditam que as componentes das atitudes estejam relacionadas, sendo que a cognição se refere ao conhecimento e a crença, o afeto são os sentimentos do indivíduo em relação a um objeto e a conação prende-se com a intenção de comportamento face ao objeto. A teoria da ação racional de Fishbein e Ajzen (1975) refere que a atitude são as crenças que o indivíduo possui sobre o objeto de análise, sendo que esta é formada através de uma aprendizagem cognitiva.

Por outro lado, Zajonc e Markus (1982) acreditam que a componente cognitiva tenha a sua relevância, mas que esta sozinha pode não ser suficiente para se ter uma visão mais completa da situação. Ainda, mencionam que uma das manifestações mais evidentes da componente afetiva é encontrada nas preferências alimentares. Contudo, Argyriou e Melewar (2011) acreditam que as componentes cognitivas e afetivas não são necessariamente contrastantes, mas assumem uma função complementar que pode contribuir para a construção de teorias mais integradas.

Na prática, a atitude pode estar associada a componente cognitiva, com maior foco nas crenças e, em outros momentos, pode estar relacionada com a componente afetiva, decorrente dos afetos e emoções. Relativamente à utilização das três componentes em conjunto, esta é raramente usada para prever comportamentos (Breckler, 1984).

Assim, Ajzen (2001) acredita que a atitude seja um construto muito abordado na literatura, mas considera que não há consenso entre os investigadores em relação à sua medição ou conceptualização. Ainda, refere que o conceito é passível de muita discussão, já que existem muitas formas diferentes de o estudar.

Segundo Porto (2010), os modelos de atitude geralmente consideram as três componentes na sua estrutura, sendo que a ênfase de cada modelo é representada por apenas uma componente. Dessa forma, devido a complexidade das componentes, optou-se por estudá-las de forma separada.

2.1.1 Componente cognitiva

Fishbein e Ajzen (1975) consideram que a atitude é formada por um processo de aprendizagem cognitiva S-O-R (Estímulo-Organismo-Resposta), sendo o histórico de vivências de um indivíduo importante para formar atitudes. O modelo de atitude de Fishbein e Ajzen (1975) é utilizado para descrever a forma como os consumidores alinham as suas crenças face aos atributos do produto, de modo a que sejam formadas atitudes para com marcas e empresas.

2.1.1.1 Teoria da ação racional

A teoria da ação racional é uma evolução do modelo de Fishbein e, embora não seja perfeita, ela tem revelado ser útil na previsão de comportamentos (Shimp & Kavas, 1984, citado em Solomon, 2008, p. 298). Os seus objetivos principais são: prever e entender o comportamento dos indivíduos, desde que este seja fruto de escolhas conscientes e quantificar a intenção de concretizar tal comportamento (Fishbein & Ajzen, 1975). Pressupõe, portanto, que o comportamento humano está sob controlo da vontade pessoal e, por isso, o indivíduo pode alterar o seu comportamento ao raciocinar sobre o que o leva a agir de certa forma (Cavalcanti et al., 2007).

Para Han e Kim (2010) a teoria é eficaz ao explicar processos psicológicos e cognitivos que possibilitam compreender o contexto da tomada de decisão dos consumidores e permite ainda prever intenções de comportamentos e comportamentos nas áreas de marketing e do comportamento do consumidor (Choo, Chung, & Pysarchik, 2004; Lam & Hsu, 2004, citado em Paul, Modi, & Patel, 2016, p. 125). Esta teoria tem um forte suporte empírico (Cialdini, Petty, & Cacioppo, 1981), principalmente na área da saúde. Os estudos que recorrem a esta teoria podem ajudar a identificar os antecedentes do comportamento, ajudando a prever o que um indivíduo fará ou não e, assim, desenvolver intervenções que poderão vir a mudar o seu comportamento (Coleman, Bahnan, Kelkar, & Curry, 2011).

A teoria está assente em cinco construtos: atitudes e crenças comportamentais, normas subjetivas e crenças normativas e intenção comportamental (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975). Para ser possível fazer uma previsão correta, os construtos devem corresponder em relação à ação, objetivo, contexto e período (Ajzen & Fishbein, 1980).

Atitudes e crenças comportamentais

Para Fishbein e Ajzen (1975), a atitude é determinada pelas crenças que o indivíduo possui sobre as consequências de ter determinado comportamento. Segundo os autores, as crenças são as percepções dos indivíduos relativas a um aspeto no seu mundo, relacionando assim um objeto (pessoas, grupos, instituições, comportamentos) a um atributo (qualidade, consequência, característica, evento). Ajzen (2001) afirma que as crenças são determinadas pelos valores subjetivos dos atributos do objeto em interação com a força das associações. Moutinho e Roazzi (2010) afirmam que as crenças formam a base da estrutura conceptual da teoria e que servem como base para fazer julgamentos, avaliações e tomar decisões.

A teoria da ação racional afirma que a atitude em relação ao comportamento é composta pela força da crença comportamental (CC) e pela avaliação das consequências (AC). A atitude comportamental é, portanto, uma função entre o que a pessoa acredita que irá acontecer considerando a consequência do comportamento e as suas avaliações positivas ou negativas das consequências (Fishbein & Ajzen, 1975).

Para prever atitudes a partir das crenças, em um primeiro momento, evocam-se as crenças salientes. Ou seja, aquelas que se destacam no indivíduo perante as demais. Segundo os autores da teoria, após conhecer as crenças, também é necessário inteirar-se a respeito da força de cada uma. Ainda, quanto mais favorável um indivíduo for em relação ao objeto, maior será a sua intenção em relação a ele (Ajzen e Fishbein, 1980). A atitude comportamental é, portanto, definida pela equação:

$$AT_c = \sum_{i=1}^n (CC_i * AC_i)$$

Normas subjetivas e crenças normativas

As normas subjetivas estão associadas com a “percepção da pessoa quanto à pressão social exercida sobre ela para que concretize, ou não, o comportamento em questão” (Ajzen & Fishbein, 1980, p. 6). Isto é, a percepção do indivíduo relativamente à aprovação ou não das pessoas que considera importante ao ter certo comportamento (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein e Ajzen, 1975). Essas percepções são chamadas de crenças normativas devido ao seu caráter social e os referenciais podem variar com cada indivíduo (Almeida, 2010).

Tal como na mensuração das crenças comportamentais, as crenças normativas devem ser eliciadas. Assim, num primeiro momento da recolha de dados, é pedido ao respondente, através de pergunta aberta, para que mencione indivíduos e/ou grupos dos quais se lembra quando pensa em realizar determinada conduta (Fishbein & Ajzen, 1975). Para medir as normas subjetivas, dois fatores são considerados: (1) a intensidade de uma crença normativa (CN), ou seja, o que os outros acreditam que o indivíduo deve ou não

fazer e (2) a motivação para concordar com o referente (MO), ou seja, o grau em que o indivíduo leva em consideração a opinião de terceiros antes de ter determinado comportamento (Fishbein & Ajzen, 1975).

Em suma, Fishbein e Ajzen (1975) afirmam que a teoria indica que quanto mais o indivíduo percebe que os seus referentes pensam que ele deve realizar o comportamento, maior será a sua intenção para tal. As normas subjetivas são, portanto, definidas pela equação:

$$NS = \sum_{i=1}^n (CN_i * MO_i)$$

Intenção comportamental

A intenção comportamental é caracterizada pela decisão de um indivíduo para realizar determinado comportamento e funciona como um preditor ao comportamento em si (Almeida, 2010). Por outras palavras, são disposições para realizar um comportamento que esteja sob controlo volitivo (Tuck, 1978, citado em Moutinho & Roazzi, 2010, p. 280) e representam os esforços dos indivíduos para alcançar um objetivo (Verplanken & Faes, 1999). Ainda, quando um indivíduo possui um controlo total sobre o comportamento, as intenções comportamentais são suficientes para prever o comportamento (Madden, Scholder, & Ajzen, 1992).

Para prever os comportamentos, Fishbein e Ajzen (1975) acreditam que é necessário avaliar a atitude em relação ao comportamento e as normas subjetivas do comportamento. Dessa forma, segundo os autores, quanto mais positiva for a atitude do indivíduo para concretizar um comportamento e quanto mais as pessoas à sua volta entenderem que tal conduta deverá ser realizada, maior será a sua intenção comportamental (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975).

Cabe mencionar que as intenções desempenham um papel importante na orientação da ação humana, sendo que Fishbein e Ajzen (1975) afirmam que a intenção é o fator mais importante na motivação para realização do comportamento. Alguns estudos confirmaram esta relação (Tuorila-Ollikainen, Lähteenmäki, & Salovaara, 1986; Godin & Kok, 1996; Sparks, Conner, James, Shepherd, & Povey, 2001).

Contudo, pesquisas recentes revelaram que existem complexidades envolvidas quando as intenções são transformadas em comportamento real (Ajzen, 2001). Tal facto está em linha com Verplanken e Faes (1999), que mencionam que nem sempre os indivíduos concretizam as suas intenções, ainda que estas sejam fortes e mantidas ao longo do tempo. A intenção comportamental é, portanto, definida pela equação:

$$C \sim I = p_1 * AT_c + p_2 * NS ; \text{ onde } p_1 \text{ e } p_2 \text{ são pesos empíricos.}$$

Comportamento

Cabe ainda referir que para a teoria da ação racional, o comportamento é a etapa seguinte da intenção comportamental. Portanto, o comportamento é considerado como o processo de transição da intenção para a ação (Fishbein & Ajzen, 1975) e refere-se aos atos observados de um indivíduo, seja por meio de registos de observação, relatos verbais ou de respostas de questionários (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975). Segundo os autores, para que seja mensurado, é necessário que os atos observáveis sejam claramente definidos.

Os comportamentos podem ser atos únicos ou categorias comportamentais, sendo que o primeiro tipo refere-se a um comportamento específico de um indivíduo (Ajzen & Fishbein, 1980) e o segundo não pode ser observado de forma direta e a sua determinação irá depender de inferências a respeito de um conjunto de atos únicos que devem ser especificados (Moutinho & Roazzi, 2010). Além disso, para delimitar um comportamento com maior especificidade, três aspetos devem ser definidos: alvo, contexto e o período (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975).

Os autores referem ainda que é necessário fazer uma distinção em relação ao comportamento e as possíveis consequências deste comportamento, já que o último pode ser decorrente de consequências de um conjunto de atos específicos. Ademais, os comportamentos também podem ser influenciados por fatores externos. Por fim, Fishbein e Ajzen (1980) revelam a questão de não ser possível assumir que intenções gerais possam prever comportamentos específicos.

Limitações da teoria

- (1) A teoria foca em prever o comportamento real (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975) e não os resultados do comportamento.
- (2) Os resultados podem estar fora do controlo do indivíduo, especialmente quando o comportamento exige a cooperação de terceiros. A teoria afirma que a maior parte dos comportamentos sociais está sob o controlo volitivo do indivíduo (Valois, Desharnais, & Godin, 1988; Tuck, 1978) e, por isso, a sua aplicabilidade foi contestada quanto aos comportamentos influenciados por ações que estejam fora do controlo em termos de recurso, cooperação e habilidades (Ajzen, 1991, citado em Øygard, & Rise, 1996, p. 454).
- (3) O facto de o comportamento ser intencional poder ser inválido em diferentes casos, principalmente naqueles que incluem mudanças rápidas no ambiente. Coleman et al. (2011) mencionam que a teoria falha em prever ou explicar comportamentos irracionais ou impulsivos. Além disso, as intenções podem sofrer mudanças de acordo com a influência do ambiente externo, personalidade e outros (Almeida, 2010). Ainda, D'Amorim (1996) questiona o porquê da

personalidade e de características sociodemográficas não estarem incluídas na teoria. O hábito também deveria ser incluído nos construtos (Valois, Desharnais, & Godin, 1989; Godin, Valois, Shephard, & Desharnais, 1987), já que pode vir a se tornar a principal força motriz do comportamento (Verplanken & Faes, 1999).

- (4) As atitudes nem sempre correspondem ao comportamento previsto em relação a ação junto à determinado objeto ou quando esta ação ocorrerá.
- (5) As atitudes são mais fortes e possuem maiores chances de serem preditivas de comportamentos quando os indivíduos têm experiência pessoal direta com o objeto da atitude; e ainda
- (6) O tempo é um fator crucial, ou seja, quanto maior for o período entre a mensuração da atitude e o comportamento, mais fraca será esta relação (Solomon, 2008).

Além das limitações destacadas por Solomon (2008) acima, o autor também afirma que a teoria está muito associada ao contexto ocidental. Assim, os pressupostos referentes ao modelo podem não ser aplicados a indivíduos de outras culturas, o que pode reduzir a sua universalidade.

Por fim, cabe comentar que existem algumas dificuldades na implementação da teoria, tais como: a utilização do relato dos participantes para compreender as suas atitudes e normas subjetivas, o que pode vir a contribuir para a redução da fiabilidade dos dados (Coleman et al., 2011). Especificamente quando se trata de assuntos relacionados com a saúde, os indivíduos tendem a ser otimistas e, por isso, fazem julgamentos mais positivos sobre os seus comportamentos (Dunn et al., 2011). Além disso, o contexto pode influenciar o pensamento e as respostas dos entrevistados, especialmente nas variáveis de atitude e opinião (Dillman, 2014, citado em Saunders, Lewis, & Thornhill, 2016, p. 445), as mensurações da intenção e do comportamento devem ser feitas num pequeno período de tempo, já que quanto maior o tempo entre as duas etapas, esta relação tende a ser mais fraca. Por fim, o ideal seria acompanhar os respondentes por um longo período de tempo, de modo a testar as relações entre os construtos por um período maior, de forma a verificar se os comportamentos continuarão ao longo prazo (Conner, Norman, & Bell, 2002).

2.1.1.2 Teoria do comportamento planeado

Como forma de evolução da teoria da ação racional, os autores desenvolveram a teoria do comportamento planeado. Ajzen (1991) acrescentou a variável controlo percebido com o objetivo de incluir comportamentos que não estejam totalmente sob o controlo dos indivíduos. Assim, o controlo percebido está relacionado com as crenças a respeito de fatores que sejam capazes de facilitar ou impedir o desempenho do comportamento (Ajzen, 1991).

Cabe comentar que esta teoria é um dos modelos sociopsicológicos mais populares para entender e prever o comportamento do ser humano (Ajzen, 2015; Jeong, Jang, Behnke, Anderson, & Day, 2019; Sparks et al., 2001). Apesar de outros estudos terem sido feitos com o objetivo de comparar o poder preditivo da teoria com outros modelos, os modelos alternativos tiveram um desempenho que não foi muito superior e, algumas vezes, tiveram um poder de previsão menor do que aquele encontrado na teoria do comportamento planejado (Ajzen, 2001).

Segundo Ajzen (2001), a teoria foi utilizada em diversas áreas. Por exemplo, Godin e Kok (1996) referem o consumo de álcool, cigarros e de substâncias ilegais (Boissonneault & Godin, 1990; Borland, Owen, Hill, & Schofield, 1991), o consumo de alimentos com pouca gordura (Paisley & Sparks, 1998), a prática de atividades físicas (Valois, Desharnais, & Godin, 1988; Ajzen & Driver, 1992) e outros.

2.1.2 Componente afetiva

Para Zajonc e Markus (1982), os julgamentos afetivos podem ser independentes e não ocorrem necessariamente após uma avaliação cognitiva. Segundo os autores, o efeito de primazia do afeto ocorre quando este influencia diretamente um estímulo sensorial, sem haver qualquer intermediação de um processo cognitivo.

No que se refere às preferências alimentares, Zajonc e Markus (1982) afirmam que é na comida que se encontra uma das manifestações mais claras da interação das componentes cognitivas e afetivas. Isso porque todas as sociedades possuem um determinado estilo de alimentação e por trás de cada refeição existe um significado simbólico. Dessa forma, a alimentação assume um papel relevante na identidade étnica e cultural de uma população e pode afetar diretamente as atitudes dos indivíduos.

Ainda buscando enfatizar a componente afetiva da atitude, Mittal (1988) criou o modelo do modo de escolha afetiva, que integra três premissas: o julgamento afetivo é holístico; o julgamento afetivo implica no *self* e, por último, o julgamento afetivo é difícil de explicar. Por fim, importa referir que é difícil para os indivíduos explicarem o seu julgamento afetivo perante um objeto. Pode-se dizer que existe uma certa incapacidade de verbalizar as razões pelas quais os julgamentos afetivos são feitos (Zajonc & Markus, 1982).

2.1.3 Componente conativa

A componente conativa está relacionada com a intenção comportamental. Segundo Porto (2010), essa componente da atitude é bastante utilizada em pesquisas em marketing por ser um construto muito próximo do comportamento do indivíduo. Diferentes teorias foram desenvolvidas para estudar esta componente da atitude (Porto, 2010).

A teoria da autorregulação engloba tentativas e esforços por parte do indivíduo com o objetivo de mudar comportamentos, retirando da sua rotina hábitos não desejados (Fiske

& Taylor, 1991). Thompson (1981) afirma que a função de autorregulação tem a sua consistência em crenças relacionadas com o controle do comportamento.

Por outro lado, a teoria da expectância de Vroom (1995) assenta em três construtos: valência, instrumentalidade e expectância. A primeira, valência, está relacionada com as orientações afetivas para resultados (positivos ou negativos). A instrumentalidade foca-se na percepção do indivíduo quanto à probabilidade de que o desempenho tem para gerar um determinado resultado. A expectância relaciona-se com a expectativa que um indivíduo tem sobre a probabilidade de um esforço gerar um resultado bem-sucedido.

A teoria da aprendizagem social de Bandura (1982) afirma que o indivíduo deve atentar aos aspetos que estão relacionados com a sua conduta, sendo que estes possuem quatro componentes sucessivos: auto-observação, autoavaliação, auto-reação e a autoeficácia.

Por fim, o modelo de metas do consumidor de Bagozzi e Dholakia (1999) considera que as metas podem ser definidas de forma interna ou externa ao indivíduo. Assim, as metas podem ser criadas de acordo com: atividades de consumo realizadas com frequência, atos impulsivos e volição.

2.2 Atitude e comportamento

De acordo com Ajzen (2001), um grande número de estudos procura compreender a relação entre atitudes e comportamentos. Shrigley (1990) menciona que as atitudes e comportamentos dependem de: diferenças individuais em relação ao objeto, situação social e fatores cognitivos. Relativamente ao nível de correlação dos dois construtos, acredita-se que quanto mais específico for o objeto, maior a correlação entre a atitude e o comportamento (Koballa, 1986).

As atitudes podem estar relacionadas com os comportamentos de cinco formas diferentes (Shrigley, 1990). A primeira refere-se ao facto da atitude anteceder o comportamento, sendo necessário analisar as variáveis de medição e mediação. Em seguida, a atitude é considerada como o comportamento em si.

Em contraponto com essa perspetiva, Fishbein e Ajzen (1975) acreditam que as atitudes e comportamentos não estão relacionados de forma direta. Ou seja, revelam que a intenção de comportamento está entre a atitude e a execução do comportamento, facto que pode ser observado na teoria da ação racional e na teoria do comportamento planeado. Segundo Ajzen (2001), a maior parte dos estudos que fizeram a predição de comportamentos utilizaram estas duas teorias. No entanto, de acordo com Fishbein e Ajzen (1975), existem três fatores que podem afetar a magnitude desta relação: (1) o grau em que a intenção e o critério comportamental correspondem em relação aos seus níveis de

especificidade, (2) a estabilidade das intenções entre o período de medição e a realização do comportamento e (3) o grau em que a realização da intenção está sob o controlo volitivo do indivíduo. Outros fatores também contribuem para explicar a lacuna existente entre intenção e comportamento, podendo ser devido ao esquecimento da concretização de um comportamento pretendido ou através de uma mudança de ideia (Ajzen & Fishbein, 2010).

A quarta relação estabelece que o comportamento antecede a atitude e Shrigley (1990) acrescenta que os indivíduos inferem as suas atitudes com base nos seus comportamentos e, quando não há referência suficiente, costuma-se procurar nos outros indivíduos pistas sobre as atitudes.

A última relação menciona que a atitude e o comportamento são recíprocos (Myers, 1980). O autor acredita que os conceitos são complementares e compõem uma cadeia sem fim onde um dá seguimento ao outro. No entanto, Shrigley (1990) alerta que tais conceitos só podem ser recíprocos se existir uma relação entre estes.

Ainda, existe uma linha de investigação que considera que a predição do comportamento pode ser feita através de "outras variáveis," sendo a atitude apenas um entre outros fatores que influenciam o comportamento (Lima & D'Amorim, 1986). Vermeir e Verbeke (2006) afirmam que a intenção de comportamento e os comportamentos estão fortemente correlacionados, mas não perfeitamente.

2.3 Atitudes em relação à comida

No intuito de entender a relação entre atitudes e a comida, Aikman, Min e Graham (2006) consideram que é necessário compreender as atitudes e como essas afetam o comportamento. A sua pesquisa revelou que as atitudes relacionadas à comida podem ser formadas utilizando cinco bases informacionais: (1) informação geral sensorial, (2) informação específica sensorial, (3) qualidades abstratas cognitivas e (4-5) associações positivas e negativas em relação à comida.

Para Axelson e Penfield (1983), as atitudes alimentares envolvem pelo menos dois componentes distintos: (1) aquele que está mais relacionado com a saúde e com o conteúdo nutricional e (2) aquele que está mais associado ao prazer e a qualidade sensorial dos alimentos. Tal facto está em linha com as conclusões de Ajzen (2001), que afirma que dependendo da perspectiva, é possível que existam múltiplas atitudes relativas a um mesmo objeto.

Relativamente ao comportamento alimentar, Steenkamp (1993) refere que o consumo de comida é influenciado por três fatores que interagem entre si: (1) as propriedades da comida (nutrientes, valor energético e outros), (2) fatores relacionados com o indivíduo (dados demográficos, psicológicos e pessoais) e (3) fatores ambientais. De entre

os elementos psicológicos, estão as atitudes e percepções dos indivíduos em relação aos alimentos (Senauer, 2001, citado em Jun, Kang, & Arendt, 2014, p. 85). Um exemplo que revela que a atitude e o comportamento estão relacionados é encontrado na investigação de Jeong et al. (2019), que revelou que atitudes negativas em relação aos alimentos podem influenciar o comportamento alimentar de forma negativa.

Por fim, segundo Ajzen e Fishbein (1980), para mudar o comportamento alimentar de um indivíduo, deve-se recorrer às suas atitudes, uma vez que estas possuem uma relação causal com o comportamento. No entanto, cabe referir que o consumo de alimentos é visto como algo complexo, já que envolve uma série de comportamentos: comprar, preparar e cozinhar (Dunn et al., 2011). Ainda, Jun e Arendt (2016) referem que a escolha da comida nem sempre ocorre através de processos de raciocínio deliberativos.

2.4 Alimentação saudável

2.4.1 Definição

A alimentação saudável tem sido caracterizada em vários estudos como envolvendo: baixo teor de gordura (Lappalainen, Kearney, & Gibney, 1998; Eves, Corney, Kipps, & Noble, 1997; Chen et al., 2006; Margetts, Martinez, Saba, Holm, & Kearney, 1997; Zandstra et al., 2001; Kumanyika et al., 2000), açúcar reduzido (Eves et al., 1997; Paquette, 2005), abundância em fibras (Eves et al., 1997; Kumanyika et al., 2000) e presença de legumes e vegetais (Lappalainen et al., 1998; Monsivais, Aggarwal, & Drewnowski, 2014; Eves et al., 1997; Zandstra et al., 2001; Kumanyika et al., 2000; Paquette, 2005). Outras investigações definem o conceito como alimentos pouco calóricos (Jun & Arendt, 2016; Cranage, Conklin, & Lambert, 2005; Glanz et al., 2007; Chen et al., 2006).

Ainda, a alimentação saudável pode ser definida como um comportamento alimentar que pode fazer com que um indivíduo alcance "um estado completo físico, mental e bem-estar social e não somente relacionado com a ausência de uma doença ou enfermidade" (*World Health Organization*, 2007, conforme citado em Chan, Prendergast, Grønhøj, & Bech-Larsen, 2009).

Segundo Paquette (2005), a evolução da ciência ampliou a complexidade da definição de alimentos saudáveis. Em conformidade, Chen et al. (2006) referem que os consumidores têm uma percepção pouco clara a respeito do que é um alimento saudável. Dessa forma, o conceito apresenta diferentes realidades, possui diversos critérios, além de ser dinâmico (Anexo 1, para mais detalhes). Ferrão et al. (2018) também referem essa complexidade e consideram que o conceito é capaz de refletir experiências pessoais, sociais e culturais. Por fim, Margetts et al. (1997) afirmam que o termo saudável não está bem

definido na literatura, mas que está relacionado com dietas que promovem uma boa saúde e que reduzem o risco de doenças crônicas.

2.4.2 Alimentação saudável em casa

Paquette (2005) afirma que as refeições feitas em casa são vistas como mais saudáveis quando comparadas com as refeições fora de casa. Chan et al. (2009) consideram que os indivíduos tendem a consumir com maior frequência comidas saudáveis em casa, uma vez que acreditam que a preparação contém menos açúcar, óleo e sal.

Segundo Chan et al. (2009), os adolescentes que consomem alimentos saudáveis em casa com frequência tem maior predisposição para fazê-lo uma vez que os seus pais se preocupam com esta questão. O estudo de Young e Fors (2011) também revelou que o apoio dos pais para o consumo de refeições nutritivas induzem os adolescentes a ter associações positivas no que concerne às escolhas alimentares saudáveis e colaboram para a manutenção destes hábitos, sendo que o apoio da mãe é o que mais influencia os adolescentes (Chan et al., 2009).

Há ainda a considerar que a cultura das refeições em família molda o comportamento alimentar dos jovens (De Wit et al., 2015). O ambiente familiar pode afetar a conduta dos indivíduos, especialmente em relação à disponibilidade de alimentos em casa, comportamentos e apoio dos pais (Pearson, Biddle, & Gorely, 2009). Aqueles que foram criados num ambiente em que a alimentação saudável é valorizada, provavelmente consomem mais frutas e vegetais (Deliens, Clarys, Bourdeaudhuij, & Deforche, 2014). Hammons e Fiese (2011) e Larson et al. (2013) mencionam que os indivíduos que tomam o pequeno almoço e/ou jantar em família fazem uma alimentação mais saudável e apresentam menores riscos de ter sobrepeso. Para De Wit et al. (2015), as frutas e os legumes são consumidos nas refeições junto a familiares, enquanto os lanches e refrigerantes são mais provavelmente ingeridos em outras ocasiões.

De acordo com Monsivais et al. (2014), o tempo gasto na preparação e cozimento de alimentos pode influenciar a qualidade da alimentação. Aqueles que passam mais tempo preparando a sua comida seguem uma dieta de melhor qualidade, ingerindo com mais frequência vegetais, saladas, frutas e sumos. Assim, esses investigadores concluíram que o tempo gasto cozinhando em casa é um pré-requisito para alcançar padrões mais saudáveis. Além disso, Monsivais et al. (2014) reconhecem que fatores individuais podem influenciar o ato de cozinhar: a disponibilidade de tempo (Jabs et al., 2007), a falta de aptidões culinárias (Wrieden et al., 2007) e a falta de utensílios, sendo que esses factos podem contribuir para a escolha de comidas não saudáveis (Deliens et al., 2014).

Relativamente ao preço, os consumidores normalmente percecionam os alimentos saudáveis como mais caros do que opções menos saudáveis (Carlson e Frazão, 2012). O

estudo de Deliens et al. (2014) refere inclusive que os jovens acreditam que consumir refeições *fast food* é mais económico do que preparar uma refeição saudável em casa.

Por fim, Dutta e Youn (1999) consideram que o controlo é uma questão importante para os indivíduos que se alimentam de forma saudável, uma vez que demonstram autoeficácia, autoestima e autoconfiança no seu comportamento alimentar. Dentro de casa, um exemplo de controlo é a remoção de itens não saudáveis da despensa e do frigorífico para evitar tentações (Allom & Mullan, 2014).

2.4.3 Alimentação saudável fora de casa

A ingestão de alimentos saudáveis fora do lar decorre das preocupações que os indivíduos têm com a sua saúde, imagem, controle de peso, além do desejo de se sentirem melhor com eles próprios. Assim, os indivíduos satisfazem o seu desejo intrínseco e sentem-se psicologicamente satisfeitos (Jeong et al., 2019). Para Allom e Mullan (2014), o autocontrolo, a automonitorização e o planeamento são fatores importantes para resistir às tentações do ambiente externo.

Segundo Chen et al. (2006), os indivíduos desejam encontrar alimentos saudáveis não apenas nos supermercados, mas também nos restaurantes. Visto isso, os restaurantes e os cozinheiros têm se esforçado para oferecer refeições saudáveis para satisfazer esta procura (Glanz et al., 2007; Koplan & Brownell, 2010; Chen et al., 2006).

No entanto, Jeong et al. (2019) afirmam que quando os consumidores optam por realizar refeições fora de casa e possuem uma motivação hedónica para isso, a falta de força de vontade pode ser mais proeminente. Isso porque "quando eu como fora, quero pedir o que quero" nos restaurantes (Ha & Jang, 2012; Sparks et al., 2001). Assim, Jeong et al. (2019) alertam para o facto de que, ainda que as pessoas tenham fortes intenções de se alimentar de forma saudável, quando estão em restaurantes o valor hedónico se destaca e pode levar o indivíduo a escolher opções não saudáveis.

De entre os fatores externos, a escolha de outras pessoas pode afetar a preferência de um indivíduo. Se o outro escolhe itens menos saudáveis, isso pode ajudar a construir preferências psicológicas por comidas menos nutritivas naqueles que estão à sua volta, o que pode desencorajar a escolha de pratos saudáveis (Jeong et al., 2019). Isso também foi identificado no estudo de Deliens et al. (2014), no qual os indivíduos afirmam que o apelo visual de pratos não saudáveis de outras pessoas dificultam a escolha saudável.

Relativamente ao preço, este é um fator relevante para o consumo de refeições saudáveis fora do lar (Horgen & Brownell, 2002) e pode variar com o tipo do restaurante (Jeong et al., 2019). Naqueles que oferecem serviço rápido, os consumidores estão focados no valor das refeições utilitárias e, por isso, o preço é relevante. Assim, a perceção de itens saudáveis como mais caros poderá ser mais evidente do que nos restaurantes que servem

refeições mais elaboradas (Ha & Jang, 2012). No entanto, Deliens et al. (2014) afirmam que o preço pode ser percebido de duas formas. A primeira revela que a alimentação fora de casa é mais cara. Por outro lado, existem aqueles que acreditam que comer fora de casa (principalmente em *fast foods*) seja uma alternativa mais econômica.

Tal como referido noutros estudos (Deliens et al., 2014; Jun et al., 2014; Aikman et al., 2006), o sabor é um fator importante que influencia as escolhas alimentares, podendo encorajar ou desmotivar o consumo de alimentos saudáveis. O desincentivo ocorre quando os indivíduos assumem psicologicamente que itens saudáveis têm pouco sabor e, por isso, desenvolvem percepções negativas (Raghunathan, Naylor, & Hoyer, 2006, citado em Jun et al., 2014, p. 86). Assim, a predisposição negativa em relação ao sabor das opções saudáveis pode influenciar a escolha dos pratos (Jeong et al., 2019).

Em suma, existem fatores motivadores e desmotivadores para com a alimentação saudável fora de casa, sendo que para Croll, Neumark-Sztainer e Story (2001) as barreiras estão relacionadas com: o sabor, a aparência, a aceitabilidade e as implicações práticas. Contudo, quando os fatores desencorajadores ocorrem, os seres humanos reinterpretem o ambiente ou manipulam possíveis estímulos que possam influenciar o consumo de alimentos não saudáveis (Allom & Mullan, 2014).

2.4.4 Atitude em relação à alimentação saudável

Quando um indivíduo se preocupa com a sua saúde, tal reflete-se nas suas atitudes, interesses e opiniões (Dutta & Youn, 1999). Torna-se assim importante estudar os fatores que explicam as atitudes em relação à alimentação saudável.

Sun (2008) analisou como as preocupações dos indivíduos com a sua saúde podem influenciar a escolha dos alimentos e as atitudes subsequentes no que concerne a alimentação saudável. Para aqueles que se preocupam com doenças, a adoção desta alimentação é motivada principalmente pela saúde e pelo seu conteúdo natural e ético, sendo que os alimentos mais valorizados são os que tornam os seres humanos fisicamente e emocionalmente mais saudáveis. Por outro lado, para aqueles que se preocupam em não consumir muitas calorias, a escolha é fortemente influenciada pelo controlo de peso.

Segundo Wardle et al. (2004), homens e mulheres têm atitudes diferentes em relação a alimentação saudável. As mulheres demonstram atitude mais positiva no que concerne o consumo de alimentos com pouca gordura e caloria (Jun et al., 2014; Dutta & Youn, 1999) e na ingestão de frutas e vegetais (Blanchard et al., 2009) do que os homens. Visto isso, o sexo pode afetar as atitudes em relação à comida, ao corpo, a imagem e aos comportamentos alimentares. As atitudes são, portanto, um antecedente importante à ingestão alimentar para ambos os sexos (Dissen, Policastro, Quick, & Byrd-Bredbenner, 2011).

As atitudes em relação a alimentos saudáveis também diferem de acordo as variáveis sociodemográficas. Indivíduos com nível económico mais alto têm mais atitudes favoráveis a alimentos com pouca gordura e calorias do que aqueles que pertencem ao nível mais baixo (Jun et al., 2014; Dutta & Youn, 1999). O mesmo ocorre com o nível de instrução, uma vez que aqueles que possuem maior nível expressam atitudes positivas em relação a alimentação saudável com maior frequência do que aqueles com um nível de educação inferior (Ferrão et al., 2018; Lê et al., 2013).

De acordo com Fyler, Schumacher, Banning e Gam (2014), os indivíduos que praticam uma dieta de melhor qualidade aparentam ter atitudes alimentares mais saudáveis, sendo que a qualidade está tipicamente relacionada com boa higienização, frescura, valor nutricional, sabor e a quantidade de ingredientes (Lappalainen et al., 1998). Além disso, aqueles que têm atitudes positivas e interesse pela saúde consomem mais vegetais e frutas e menos gorduras (Zandstra et al., 2001).

Ademais, os consumidores demonstram atitudes mais favoráveis quando as informações nutricionais e relativas à saúde estão presentes nos menus de restaurantes (Kozup, Creyer, & Burton, 2003). Lappalainen et al. (1998) sugerem que a indústria utilize os rótulos não só para promover os produtos, mas também para incentivar a alimentação saudável. No entanto, pesquisas revelaram que o efeito do rótulo na seleção de alimentos saudáveis é inconsistente (Jun et al., 2014). Em conformidade, Aikman et al. (2006) afirmam que as pessoas não estão a par ou não usam as informações nutricionais para decidir o quão saudável são os alimentos e Shepherd e Towler (2007) consideram que o conhecimento nutricional dos alimentos têm pouca influência nas escolhas alimentares.

2.4.5 Atitude e comportamento em relação à alimentação saudável

Os indivíduos são capazes de compreender o conceito de alimentação saudável, mas podem não estar dispostos a adotá-lo (Bisogni et al., 2012). Segundo Lappalainen et al. (1998), embora a alimentação saudável pareça ser considerada de forma positiva em termos de benefícios, isto pode não ser manifestado no comportamento da população. Portanto, é necessário compreender as razões pelas quais as pessoas decidem alimentar-se de forma saudável. O comportamento depende de cinco fatores: (1) gravidade percebida, ou seja, a crença de que um problema de saúde é algo sério, (2) ameaça percebida, a convicção de que um indivíduo pode estar suscetível a sofrer algum problema, (3) benefício percebido, ou seja, uma mudança no comportamento reduzirá a ameaça, (4) barreiras percebidas, refere-se a percepção sobre os obstáculos que é possível encontrar ao mudar e (5) autoeficácia, a crença de um indivíduo a respeito da sua capacidade de alterar o comportamento (Glanz, Lewis, & Rimmer, 2002, citado em Chen et al., 2006, p. 317).

Em geral, existe um consenso que as pessoas irão comer o que for indicado. No entanto, essa abordagem têm limitações no que concerne a suposição que é feita sobre as relações entre conhecimento, atitudes e comportamento. Dessa forma, o facto do indivíduo saber o que deve comer não levará necessariamente essa pessoa a ingerir tal alimento (Margetts et al., 1997).

Algumas teorias relacionam atitudes e comportamentos em relação à alimentação. A teoria da ação racional e a teoria do comportamento planeado foram aplicadas em diferentes estudos (Tuorila, 1987; Tuorila-Ollikainen et al., 1986; Axelson, Brinberg, & Durand, 1983; Tarkiainen & Sundqvist, 2005, Tuorila & Pangborn, 1988; Cavalcanti, Dias, & Costa, 2005; Cavalcanti et al., 2007; Verplanken & Faes, 1999; Armitage & Conner, 1999; Paisley, & Sparks, 1998; Dunn et al., 2011; Blanchard et al., 2009) e os seus construtos foram avaliados.

Relativamente às atitudes, as investigações têm demonstrado que este foi o construto que melhor pôde prever a intenção do comportamento: em relação à alimentação saudável (Sparks et al., 2001; Øygaard, & Rise, 1996), alimentação com pouca gordura (Sparks et al., 2001), ingestão de cinco porções de frutas e vegetais por dia (Blanchard et al., 2009) e intenção de adotar uma alimentação saudável (Verplanken & Faes, 1999).

No que concerne às normas subjetivas, as pessoas provavelmente irão agir com base nas expectativas e preocupações sociais sobre as consequências do seu comportamento (Jun & Arendt, 2016) e, quanto maior for a pressão social, maior será a probabilidade dos indivíduos consumirem alimentos saudáveis (Kim, Reicks, & Sjoberg, 2003; Rah, Hasler, Painter, & Chapman-Novakosfski, 2004, citado em Jun & Arendt, 2016, p. 108). Na temática da nutrição, as normas subjetivas são geradas com base em três grupos de referentes: família, amigos e especialistas em saúde (Dunn, Mohr, Wilson, & Wittert, 2008, citado em Dunn et al., 2011, p. 353).

Na área da saúde, a intenção é considerada como a variável mais importante para prever comportamentos (Godin & Kok, 1996). Tal facto foi verificado em alguns estudos relacionados sobre alimentação saudável (Sparks et al., 2001; Fila & Smith, 2006).

O controlo percebido, variável que faz parte da teoria do comportamento planeado, também revela um efeito positivo em relação à intenção e ingestão de alimentos saudáveis (Ajzen, 1991; Kim et al., 2003; Rah et al., 2004; Blanchard et al., 2009). Quando os indivíduos percebem que controlam o seu comportamento referente ao consumo de itens saudáveis, é mais provável que tenham a intenção de escolher essas opções (Jun & Arendt, 2016).

No entanto, estudos revelam que outros construtos além dos que estão envolvidos nesta teoria podem aperfeiçoar a capacidade dos investigadores para explicar a alimentação saudável. Assim, o *self* (o “próprio”) e a identidade têm o potencial de contribuir para a

compreensão de intenções e comportamentos (Armitage & Conner, 1999; Astrom & Rise, 2001; Rise, Sheeran, & Hukkelberg, 2010). No contexto da alimentação, a inclusão do *self* no estudo de Armitage e Conner (1999) foi capaz de explicar uma variação adicional na adesão da dieta com baixo teor de gordura (Ajzen, 2001). De acordo com Brouwer e Mosack (2015), a identidade dos indivíduos que praticam uma alimentação saudável é um preditor significativo de comportamentos alimentares saudáveis.

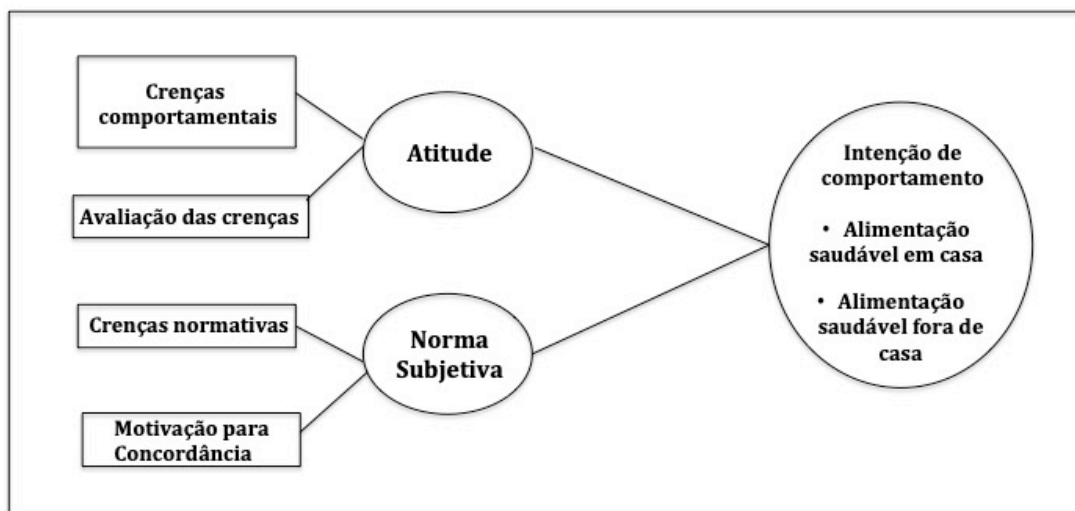
Outro fator relevante para determinar o comportamento no futuro é o comportamento passado (Sutton, 1994). Especialmente na alimentação saudável, o comportamento passado é visto como determinante para o comportamento futuro, tendo em conta o hábito de consumo de alimentos saudáveis (Kumanyika et al., 2000; Verplanken & Faes, 1999). Ainda, Ha e Jang (2012) mencionam que o estilo de vida relacionado com a comida (consciente da saúde, aventureiro e outros) serve como um antecedente das atitudes dos indivíduos e das suas intenções comportamentais.

Em suma, um maior controlo do comportamento, mais atitudes positivas associadas à alimentação saudável e normas sociais que apoiem este comportamento alimentar sadio são preditores de intenções e comportamentos em relação à alimentação saudável (Blanchard et al., 2009; Grønhøj, Bech-Larsen, Chan, & Tsang, 2013; McEachan, Conner, Taylor, & Lawton, 2011; Sparks et al., 2001).

2.5 Proposta do *Framework*

Após a análise dos principais conceitos da revisão da literatura, propõe-se o *framework* (Figura 1) para compreender as variáveis e as suas associações no contexto referente à atitude e intenção de comportamento dos consumidores em relação à alimentação saudável dentro e fora de casa.

Figura 1 Modelo adaptado da Teoria da Ação Racional



CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA

Este capítulo apresenta a metodologia da investigação utilizada, nomeadamente o desenho da pesquisa, a identificação e justificativa das técnicas usadas para a recolha de dados. Contém também algumas particularidades relacionadas com a aplicação da teoria da ação racional.

Realizou-se um estudo de natureza exploratória, já que este permite que seja possível descobrir *insights* sobre um determinado tema de interesse, sendo particularmente útil quando se deseja esclarecer a compreensão de um fenómeno (Saunders et al., 2016). Assim, o fenómeno estudado foi: as atitudes e normas subjetivas em relação à intenção comportamental de ter uma alimentação saudável dentro e fora de casa.

Com o intuito de responder os objetivos da investigação, foi adotada uma estratégia mista, já que num primeiro momento foi feita uma abordagem qualitativa (entrevista) e, em seguida, uma abordagem quantitativa (questionário). Segundo Saunders et al. (2016), muitos projetos de pesquisa de gestão combinam elementos qualitativos e quantitativos e isso pode ocorrer, por exemplo, quando uma pesquisa utiliza um questionário, mas também pode ser preciso que os entrevistados respondam a perguntas abertas, com as suas próprias palavras. Para Saunders et al. (2016), a entrevista é uma das técnicas mais utilizadas dentro da investigação social, indicada para compreender atitudes e opiniões devido a sua semelhança a uma conversa entre dois indivíduos. O questionário, por outro lado, é uma das estratégias mais comuns, além de possibilitar a recolha de uma grande quantidade de dados que podem ser analisados (Saunders et al., 2016).

Nas duas etapas da recolha de dados, a amostra é não probabilística e por conveniência, considerada uma técnica menos demorada e mais conveniente, apesar de não ser representativa da população e de apresentar um viés de seleção (Malhotra & Birks, 2007). Por fim, no que concerne o desenho da pesquisa, este é *cross-sectional*, já que envolve a “recolha de dados de uma amostra da população, num determinado momento no tempo” (Malhotra & Birks, 2007, p. 89).

CAPÍTULO 4 – DADOS E PROCEDIMENTOS

4.1 Recolha de dados

Num primeiro momento, foram feitas entrevistas para compreender quais são as crenças sobre o objeto da atitude que é estudado. Foram entrevistados quatro indivíduos: dois homens e duas mulheres que se preocupam com alimentação saudável, com diferentes idades, com e sem filhos, residentes no Brasil e em Portugal. A identificação das crenças comportamentais foi feita através de perguntas como "Quais são as vantagens e desvantagens de ter uma alimentação saudável em casa? E fora de casa?". Para ter acesso

às crenças normativas, foram colocadas as questões seguintes “Que pessoas são importantes para você quando dão uma opinião sobre alimentação saudável em casa? E fora de casa?”.

A partir das crenças obtidas na primeira etapa, foi feita uma tabela com a frequência das crenças mencionadas e, em seguida, desenvolvido um questionário online com questões suportadas por construtos da teoria e pelas crenças observadas. Assim, foi administrado um inquérito por questionário online preenchido por 219 pessoas, sendo que 216 respostas foram consideradas válidas. Antes da publicação, foi feito um pré-teste com 15 pessoas para avaliar se os respondentes conseguem responder as questões sem problemas (Saunders et al., 2016). Desse pré-teste, resultaram pequenas alterações para facilitar a interpretação das perguntas. A ferramenta utilizada para administrar o questionário foi o *Google Forms*. O questionário foi publicado no *Facebook* entre 14 de Julho de 2020 e 20 de Julho de 2020 e o tratamento dos dados foi realizado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

O questionário foi estruturado de acordo com as crenças identificadas nas entrevistas. Foram analisados primeiramente os construtos relacionados com alimentação saudável em casa: benefícios, disciplina e barreiras. Em seguida, foram colocadas questões para investigar a norma subjetiva e a intenção. Na segunda parte, foram abordados os construtos relacionados com a alimentação saudável fora de casa: benefícios, praticidade, disciplina e barreiras. Por fim, questionou-se sobre a norma subjetiva e intenção de comer alimentos saudáveis fora de casa. O questionário é composto apenas por questões fechadas e foram utilizadas escalas tipo Likert de sete graus, sem a obrigatoriedade de resposta. Para caracterizar os respondentes foram utilizadas escalas de escolha única.

4.2 Descrição da amostra

A amostra deste estudo é composta por 216 indivíduos, sendo principalmente mulheres (67,1%). A maior parte dos respondentes concentra-se na faixa etária até os 30 anos (51,8%), possui formação superior (92,6%), encontra-se empregada (71,8%) e considera que vive confortavelmente (56,9%). Em relação à coabitação na residência, 35,6% moram com os pais, seguido dos cônjuges (25,5%). A nível geográfico, mais da metade reside no Brasil (56%), seguido de Portugal (38,4%). O Quadro 1 apresenta a caracterização da amostra.

Quadro 1 Caracterização social da amostra

		N	%
Sexo	Feminino	145	67,1
	Masculino	71	32,9
	Total	216	100,0
Idade	Até 30 anos	112	51,8
	31 – 50 anos	38	17,6
	Mais de 51 anos	66	30,6
	Total	216	100,0
Escolaridade	Sem formação superior	16	7,4
	Com formação superior	200	92,6
	Total	216	100,0
Rendimento familiar disponível	Dá para viver confortavelmente	123	56,9
	Dá para viver	86	39,9
	Dá para viver com dificuldades	7	3,2
	Total	216	100,0
Situação atual de residência	Moro com meus pais	77	35,6
	Moro com cônjuge	55	25,5
	Moro com cônjuge e filhos	42	19,4
	Moro sozinho	17	7,9
	Moro com colegas de casa	15	6,9
	Moro com filhos	10	4,7
	Total	216	100,0
Local de residência	Brasil	121	56,0
	Portugal	83	38,4
	Outros	12	5,6
	Total	216	100,0

4.3 Alterações e recodificações das variáveis

Num primeiro momento, as variáveis demográficas idade e escolaridade foram recodificadas (Anexo 2). Em seguida, para aplicar a teoria da ação racional, as variáveis foram recodificadas, conforme sugere Caetano, A. (1990) “*na sua forma original o modelo de Fishbein e Ajzen operacionaliza as variáveis referentes às crenças relativas aos resultados do comportamento, as avaliações desses resultados e as crenças normativas através de escalas bipolares com uma amplitude de -3 a +3.*” Ainda, refere que “*a motivação para agir de acordo com pessoas ou grupos de referências específicos é, por sua vez, medida através de uma escala com amplitude 0 a +3.*” Neste sentido, as escalas originais foram modificadas, contemplando 7 posições:

- Crenças comportamentais e motivações para concordância: intervalo de 0 a 6 (1=0,2=1,3=2,4=3,5=4,6=5,7=6)
- Crenças normativas e avaliação das crenças comportamentais: intervalo de -3 a +3 (1=-3, 2=-2, 3=-1, 4=0, 5=1, 6=2, 7=3)

No que se refere à criação de novas variáveis, foram calculadas as variáveis atitude comportamental e norma subjetiva, conforme exigência da teoria (Anexo 3).

4.4 Construtos/dimensões

Os quadros a seguir revelam o índice de crenças e avaliações das crenças de cada construto e a sua respectiva análise de fiabilidade, nomeadamente o alfa de Cronbach (Quadros 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8).

4.4.1 Alimentação saudável em casa

Foram identificados três construtos: benefícios, disciplina e barreiras, cada um com os seus respectivos indicadores.

Quadro 2 Índice de crenças e avaliações sobre os benefícios da alimentação saudável em casa

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Alfa de Cronbach
Crenças						
Ajuda a prevenir doenças.	215	1,0	7,0	6,2	1,2	0,831
Melhora a saúde física e mental.	216	2,0	7,0	6,4	1,0	
Ajuda a ter mais qualidade de vida.	214	2,0	7,0	6,4	0,9	
Influencia a estética positivamente.	212	1,0	7,0	6,2	1,2	
Índice de crenças sobre os benefícios	209	2,0	7,0	6,3	0,9	
Avaliações						
Ajudar na prevenção de doenças é:	216	2,0	7,0	6,6	0,8	0,757
Melhorar a saúde física e mental é:	216	2,0	7,0	6,5	0,8	
Ter uma melhor qualidade de vida é:	216	2,0	7,0	6,6	0,7	
Influenciar positivamente a estética é:	216	2,0	7,0	5,9	1,2	
Índice de avaliações dos benefícios	216	2,0	7,0	6,4	0,7	

Escala:

Crenças: 1=discordo totalmente; 7=concordo totalmente

Avaliação das crenças: 1=nada importante; 7=extremamente importante

Quadro 3 Índice de crenças e avaliações sobre a disciplina na alimentação saudável em casa

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Alfa de Cronbach
Crenças						
Exige disciplina.	216	2,0	7,0	6,6	0,9	0,535
Exige disciplina para resistir às tentações.	216	1,0	7,0	6,4	1,2	
Exige rotina de horários.	216	1,0	7,0	5,3	1,4	
Índice de crenças sobre a disciplina	216	2,0	7,0	6,1	0,9	
Avaliações						
Ter disciplina é:	216	1,0	7,0	3,6	1,6	0,804
Resistir às tentações é:	216	1,0	7,0	2,9	1,5	
Ter rotina com horários é:	216	1,0	7,0	3,6	1,5	
Índice de avaliações da disciplina	216	1,0	7,0	3,3	1,3	

Escala:

Crenças: 1=discordo totalmente; 7=concordo totalmente

Avaliação das crenças: 1=extremamente difícil; 7=extremamente fácil

Quadro 4 Índice de crenças e avaliações sobre as barreiras da alimentação saudável em casa

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Alfa de Cronbach
Crenças						
É mais caro do que comprar alimentos não saudáveis.	216	1,0	7,0	4,5	2,0	0,621
Demanda muito tempo.	216	1,0	7,0	4,8	1,8	
Exige organização prévia.	216	1,0	7,0	5,8	1,4	
Índice de crenças sobre as barreiras	216	1,0	7,0	5,0	1,3	

Avaliações						
É mais caro do que comprar alimentos não saudáveis e isso é:	213	1,0	7,0	3,1	1,6	0,714
Demanda muito tempo e isso é:	216	1,0	7,0	3,4	1,3	
Organizar previamente as refeições é*:	216	1,0	7,0	3,8	1,6	
Índice de avaliações das barreiras	213	1,0	7,0	3,4	1,2	

Escala:

Crenças: 1=discordo totalmente; 7=concordo totalmente

Avaliação das crenças: 1=extremamente ruim; 7=extremamente bom;

*1=extremamente difícil; 7=extremamente fácil

4.4.2 Alimentação saudável fora de casa

Foram identificados quatro construtos: benefícios, disciplina, barreiras e praticidade e os seus respectivos indicadores.

Quadro 5 Índice de crenças e avaliações sobre os benefícios da alimentação saudável fora de casa

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Alfa de Cronbach
Crenças						
Ajuda a ter mais saúde.	216	1,0	7,0	5,8	1,6	0,913
Ajuda a ter mais disposição para fazer exercícios físicos.	216	1,0	7,0	5,5	1,6	
Ajuda a ter mais qualidade de vida.	216	1,0	7,0	5,7	1,6	
Influencia a estética positivamente.	215	1,0	7,0	5,5	1,5	
Índice de crenças sobre os benefícios	215	1,0	7,0	5,6	1,4	
Avaliações						
Melhorar a saúde é:	216	1,0	7,0	6,2	1,1	0,861
Ter mais disposição para fazer exercícios físicos é:	215	2,0	7,0	6,1	1,1	
Ter mais qualidade de vida é:	216	2,0	7,0	6,3	0,9	
Influenciar a estética positivamente é:	216	1,0	7,0	5,6	1,2	
Índice de avaliações dos benefícios	215	2,5	7,0	6,0	0,9	

Escala:

Crenças: 1=discordo totalmente; 7=concordo totalmente

Avaliação das crenças: 1=nada importante; 7=extremamente importante

Quadro 6 Índice de crenças e avaliações sobre a disciplina da alimentação saudável fora de casa

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Alfa de Cronbach
Crenças						
Consumo alimentos saudáveis com menor frequência.	216	1,0	7,0	5,2	1,6	0,599
Estou exposto a opções não saudáveis.	216	1,0	7,0	6,1	1,3	
Exige disciplina.	216	1,0	7,0	5,8	1,6	
Índice de crenças sobre a disciplina	216	1,0	7,0	5,7	1,1	
Avaliações						
Consumir alimentos saudáveis com menor frequência é:	215	1,0	7,0	2,7	1,4	0,569
Estar exposto a opções não saudáveis é:	216	1,0	7,0	3,3	1,8	
Ter disciplina é*:	215	1,0	7,0	2,7	1,2	
Índice de avaliações da disciplina	214	1,0	7,0	2,9	1,1	

Escala:

Crenças: 1=discordo totalmente; 7=concordo totalmente

Avaliação das crenças: 1=extremamente ruim; 7=extremamente bom;

*1=extremamente difícil; 7=extremamente fácil

Quadro 7 Índice de crenças e avaliações sobre as barreiras da alimentação saudável fora de casa

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Alfa de Cronbach
Crenças						
É mais caro do que consumir refeições não saudáveis.	216	1,0	7,0	5,8	1,5	0,509
Existem poucas opções.	215	1,0	7,0	4,8	1,7	
Índice de crenças sobre as barreiras	215	1,0	7,0	5,3	1,3	
Avaliações						
É mais caro do que consumir refeições não saudáveis e isso é:	216	1,0	7,0	2,5	1,6	0,657
O facto de existirem poucas opções é:	216	1,0	7,0	2,2	1,4	
Índice de avaliações das barreiras	216	1,0	7,0	2,4	1,3	

Escala:

Crenças: 1=discordo totalmente; 7=concordo totalmente

Avaliação das crenças: 1=extremamente ruim; 7=extremamente bom

Quadro 8 Índice de crenças e avaliações sobre a praticidade da alimentação saudável fora de casa

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Alfa de Cronbach
Crenças						
É prático.	215	1,0	7,0	4,8	1,9	0,778
Economiza tempo.	215	1,0	7,0	5,1	1,7	
Índice de crenças praticidade	214	1,0	7,0	5,0	1,6	
Avaliações						
A praticidade é:	215	2,0	7,0	5,8	1,1	0,694
A economia de tempo é:	216	1,0	7,0	5,8	1,1	
Índice de avaliações praticidade	215	3,0	7,0	5,8	1,0	

Escala:

Crenças: 1=discordo totalmente; 7=concordo totalmente

Avaliação das crenças: 1=nada importante; 7=extremamente importante

4.4.3 Teoria da ação racional

A multiplicação das crenças pelas suas respectivas avaliações deram origem a variável atitude, enquanto que a norma subjetiva foi criada por meio da multiplicação das crenças normativas pela motivação para concordância. As variáveis foram recodificadas e geraram os seguintes índices (Quadros 9 e 10):

Quadro 9 Índice da atitude da alimentação saudável em casa e fora de casa

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Atitude face os benefícios	212	-16,0	72,0	52,7	17,4
Atitude face a disciplina	216	-54,0	54,0	-10,7	21,0
Atitude face às barreiras	213	-54,0	39,0	-8,7	16,7
Índice da atitude sobre alimentação saudável em casa	209	-77,0	144,0	33,6	38,9
Atitude face os benefícios	215	-16,0	72,0	40,9	22,6
Atitude face a disciplina	215	-36,0	36,0	-11,4	13,3
Atitude face às barreiras	215	-36,0	23,0	-14,9	12,8
Atitude face a praticidade	213	-8,0	36,0	15,5	11,3
Índice da atitude sobre alimentação saudável fora de casa	209	-75,0	162,0	24,9	36,7

Escala:

Crenças comportamentais: 0=discordo totalmente; 6=concordo totalmente

Avaliação das crenças: -3=extremamente ruim/difícil/nada importante; +3=extremamente bom/fácil/importante

Quadro 10 Índice das normas subjetivas referentes à alimentação saudável em casa e fora de casa

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Amigos acham que:	216	-3,0	3,0	1,5	1,4
Família acha que:	216	-3,0	3,0	1,9	1,3
Motivação para concordar amigos	215	0,0	6,0	2,8	1,7
Motivação para concordar família	216	0,0	6,0	4,1	1,5
Índice da norma subjetiva sobre alimentação saudável em casa	215	-14,0	36,0	12,5	9,4
Amigos acham que:	216	-3,0	3,0	0,9	1,5
Família acha que:	216	-3,0	3,0	1,2	1,6
Motivação para concordar amigos	216	0,0	6,0	2,8	1,7
Motivação para concordar família	216	0,0	6,0	4,1	1,6
Índice da norma subjetiva sobre alimentação saudável fora de casa	216	-24,0	36,0	8,3	10,9

Escala:

Crenças normativas: -3=não devo; 3=devo

Motivação para concordância: 0=nada importante; 6=extremamente importante

CAPÍTULO 5 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Alimentação saudável em casa

5.1.1 Benefícios

As crenças e avaliações sobre os benefícios da alimentação saudável em casa foram medidas através de quatro indicadores cada, utilizando escalas tipo Likert de 7 pontos (Quadro 11).

Quadro 11 Crenças e avaliações dos benefícios da alimentação saudável em casa (médias)

Crenças	Ajuda a prevenir doenças.	6,2
	Melhora a saúde física e mental.	6,4
	Ajuda a ter mais qualidade de vida.	6,4
	Influencia a estética positivamente.	6,2
Avaliações	Ajudar na prevenção de doenças é:	6,6
	Melhorar a saúde física e mental é:	6,5
	Ter uma melhor qualidade de vida é:	6,6
	Influenciar positivamente a estética é:	5,9

Escalas:

Crenças: 1=discordo totalmente; 7=concordo totalmente

Avaliação das crenças: 1=nada importante; 7=extremamente importante

Como é possível observar, de entre os benefícios, as crenças mais salientes são as de que “a alimentação saudável melhora a saúde física e mental,” o que está de acordo com a definição da *World Health Organization* (2007) e “ajuda a ter mais qualidade de vida.” Além disso, os itens considerados como mais importantes são “ajudar na prevenção de doenças,” o que está em conformidade com Margetts et al. (1997) e “ter uma melhor qualidade de vida,” facto que não foi comentado na revisão de literatura, mas que é considerado relevante para os respondentes.

Com base na média dos indicadores, foram construídos os índices sintéticos referentes às crenças e às suas respectivas avaliações sobre os benefícios da alimentação saudável em casa. O Quadro 12 apresenta os inquiridos em relação ao sexo, escolaridade e idade.

Quadro 12 Crenças e avaliações sobre os benefícios da alimentação saudável em casa por sexo, idade e escolaridade (médias)

		Crenças	Avaliações
Sexo	Masculino	6,2	6,3
	Feminino	6,4	6,4
Escolaridade	Sem formação superior	6,4	6,3
	Com formação superior	6,3	6,4
Idade	Até 30 anos	6,3	6,4
	31-50 anos	6,5	6,5
	Mais de 51 anos	6,2	6,3

Escalas:

Crenças: 1=discordo totalmente; 7=concordo totalmente

Avaliação das crenças: 1=nada importante; 7=extremamente importante

As mulheres possuem crenças mais favoráveis e dão maior importância aos benefícios da alimentação saudável em casa quando comparado com os homens, facto que está de acordo com Wardle et al. (2004), que mencionam que pessoas dos dois sexos têm atitudes diferentes em relação a alimentação saudável. Além disso, indivíduos com idades compreendidas entre 31 e 50 anos demonstram maiores crenças e melhores avaliações do que os demais grupos etários. No entanto, cabe comentar que para o sexo, a escolaridade e idade os resultados são similares entre os seus respectivos grupos. Ou seja, as diferenças não são estatisticamente significativas.

5.1.2 Disciplina

As crenças e avaliações sobre a disciplina na alimentação saudável em casa foram medidas através de três indicadores cada numa escala tipo Likert de 7 pontos (Quadro 13).

Quadro 13 Crenças e avaliações da disciplina na alimentação saudável em casa (médias)

Crenças	Exige disciplina.	6,6
	Exige disciplina para resistir às tentações.	6,4
	Exige rotina de horários.	5,3
Avaliações	Ter disciplina é:	3,6
	Resistir às tentações é:	2,9
	Ter rotina com horários é:	3,6

Escala:

Crenças: 1=discordo totalmente; 7=concordo totalmente

Avaliação das crenças: 1=extremamente difícil; 7=extremamente fácil

A crença que apresenta maior destaque referente à temática da disciplina é a de que “exige disciplina” e tal facto está em concordância com Durra e Youn (1999), já que os autores afirmam que é importante que os indivíduos tenham autocontrolo. Em termos de avaliação do grau de dificuldade, o facto de ter que “resistir às tentações” é considerado o mais difícil. Para que seja possível resistir às tentações, Allom e Mullan (2014) mencionam que é necessário ter autocontrolo, automonitorização e planeamento.

Baseado na média dos indicadores, foram construídos os índices sintéticos das crenças e avaliações sobre a disciplina na alimentação saudável em casa. O Quadro 14 descreve os inquiridos em relação ao sexo, escolaridade e idade.

Quadro 14 Crenças e avaliações sobre a disciplina da alimentação saudável em casa por sexo, idade e escolaridade (médias)

		Crenças	Avaliações
Sexo	Masculino	6,2	3,2
	Feminino	6,0	3,4
Escolaridade	Sem formação superior	5,9	3,7
	Com formação superior	6,1	3,3
Idade	Até 30 anos	6,1	2,9
	31-50 anos	6,2	3,3
	Mais de 51 anos	6,1	4,1

Escala:

Crenças: 1=discordo totalmente; 7=concordo totalmente

Avaliação das crenças: 1=extremamente difícil; 7=extremamente fácil

Ambos os sexos acreditam que é necessário ter disciplina para se alimentar de forma saudável em casa, mas os homens demonstram um maior grau de dificuldade. Tal facto está relacionado com o que Wardle et al. (2004) mencionam a respeito da diferença da atitude em relação a alimentação saudável entre os sexos. No que concerne a idade, indivíduos com mais de 51 anos revelam ter maior facilidade para ter disciplina do que os outros dois grupos. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na avaliação das crenças (Anexo 4), particularmente na idade, entre os mais velhos e os outros dois grupos etários ($F(2,213)=18,311;p<0,001$).

5.1.3 Barreiras

As crenças e avaliações sobre as barreiras à alimentação saudável em casa foram medidas por meio de três indicadores cada, utilizando a escala tipo Likert de 7 pontos (Quadro 15).

Quadro 15 Crenças e avaliações das barreiras da alimentação saudável em casa (médias)

Crenças	É mais caro do que comprar alimentos não saudáveis.	4,5
	Demanda muito tempo.	4,8
	Exige organização prévia.	5,8
Avaliações	É mais caro do que comprar alimentos não saudáveis e isso é:	3,1
	Demanda muito tempo e isso é:	3,4
	Organizar previamente as refeições é*:	3,8

Escala:

Crenças: 1=discordo totalmente; 7=concordo totalmente

Avaliação das crenças: 1=extremamente ruim; 7=extremamente bom

*1=extremamente difícil; 7=extremamente fácil

Percebe-se que a crença mais saliente referente as barreiras é a de que “exige organização prévia” e a pior classificação refere-se o facto de que “é mais caro do que comprar alimentos não saudáveis”. A organização prévia relaciona-se com: o planeamento destacado por Allom e Mullan (2014) e com a preparação dos alimentos (Monsivais et al., 2014). Relativamente ao preço, os resultados estão em conformidade com Deliens et al. (2014) e Carlson e Frazão (2012), que concluíram que por vezes os itens saudáveis são percecionados como mais caros. Com base na média dos indicadores, foram criados os

Índices sintéticos das crenças e avaliações das barreiras da alimentação saudável em casa. O Quadro 16 apresenta os inquiridos quanto ao sexo, escolaridade e idade.

Quadro 16 Crenças e avaliações sobre as barreiras da alimentação saudável em casa por sexo, idade e escolaridade (médias)

		Crenças	Avaliações
Sexo	Masculino	5,3	3,4
	Feminino	4,9	3,4
Escolaridade	Sem formação superior	4,8	4,1
	Com formação superior	5,1	3,4
Idade	Até 30 anos	5,3	3,0
	31-50 anos	5,2	3,3
	Mais de 51 anos	4,5	4,1

Escala:

Crenças: 1=discordo totalmente; 7=concordo totalmente

Avaliação das crenças: 1=extremamente ruim/difícil; 7=extremamente bom/fácil

No que concerne as crenças, os homens notam mais barreiras do que as mulheres e os indivíduos que possuem mais de 51 anos concordam em menor grau com as barreiras. Dessa forma, diferenças estatisticamente significativas (Anexo 5) são encontradas na variável sexo ($t(214)=2,004$; $p<0,05$) e para a idade ($F(2,213)=7,672$; $p<0,05$), revelando que o grupo mais velho difere dos dois grupos mais novos. Relativamente às avaliações, os participantes com formação superior avaliam pior as barreiras, apesar de os indivíduos com maior nível de instrução serem considerados como aqueles que possuem atitudes mais positivas em relação a alimentação saudável (Ferrão et al., 2018; Lê et al., 2013). Além disso, os participantes até 30 anos dão a pior classificação às barreiras. Assim, é possível observar diferenças estatisticamente significativas (Anexo 6) na escolaridade ($t(211)=2,277$; $p<0,05$) e na idade ($F(2,210)=20,553$; $p<0,001$), entre aqueles que possuem mais de 51 anos e os outros dois grupos.

5.2 Alimentação saudável fora de casa

5.2.1 Benefícios

As crenças e avaliações sobre os benefícios da alimentação saudável fora de casa foram medidas através de quatro indicadores cada, utilizando a escala tipo Likert de 7 pontos (Quadro 17).

Quadro 17 Crenças e avaliações dos benefícios da alimentação saudável fora de casa (médias)

Crenças	Ajuda a ter mais saúde.	5,8
	Ajuda a ter mais disposição para fazer exercícios físicos.	5,5
	Ajuda a ter mais qualidade de vida.	5,7
	Influencia a estética positivamente.	5,5
Avaliações	Melhorar a saúde é:	6,2
	Ter mais disposição para fazer exercícios físicos é:	6,1
	Ter mais qualidade de vida é:	6,3
	Influenciar a estética positivamente é:	5,6

Escalas:

Crenças: 1=discordo totalmente; 7=concordo totalmente;

Avaliações das crenças: 1=nada importante; 7=extremamente importante

De entre os benefícios, a crença que sobressai é a de que ter uma alimentação saudável fora de casa “ajuda a ter mais saúde,” facto que está de acordo com Jeong et al. (2019) e Margetts et al. (1997). Assim como ocorre na alimentação saudável em casa, o indicador que tem maior importância para os respondentes é “ter mais qualidade de vida.” Com base na média dos indicadores, foram criados índices sintéticos das crenças e as suas respectivas avaliações sobre os benefícios alimentação saudável fora de casa. O Quadro 18 descreve os inquiridos no que concerne ao sexo, escolaridade e idade.

Quadro 18 Crenças e avaliações sobre os benefícios da alimentação saudável fora de casa por sexo, idade e escolaridade (médias)

		Crenças	Avaliações
Sexo	Masculino	5,5	6,1
	Feminino	5,6	6,0
Escolaridade	Sem formação superior	5,9	6,1
	Com formação superior	5,6	6,0
Idade	Até 30 anos	5,7	6,1
	31-50 anos	5,7	6,2
	Mais de 51 anos	5,5	5,9

Escalas:

Crenças: 1=discordo totalmente; 7=concordo totalmente

Avaliação das crenças: 1=nada importante; 7=extremamente importante

Os homens e as mulheres acreditam que a alimentação saudável fora de casa gera benefícios para a saúde e ambos classificam a tais benefícios como algo importante. A nível da escolaridade, aqueles sem formação superior têm mais crenças positivas e dão maior importância a este construto, o que também ocorre com indivíduos que têm entre 31 e 50 anos. A questão da escolaridade contradiz Ferrão et al. (2018) e Lê et al. (2013), cujos estudos revelaram que indivíduos com maior nível de instrução expressam atitudes positivas em relação a alimentação saudável com maior frequência do que aqueles com nível de educação inferior. Porém, cabe comentar que o sexo, a escolaridade e a idade estão associados a resultados similares entre os seus respectivos grupos; as diferenças não são estatisticamente significativas.

5.2.2 Disciplina

As crenças e avaliações sobre a disciplina na alimentação saudável fora de casa foram medidas através de três indicadores cada, utilizando a escala tipo Likert de 7 pontos (Quadro 19).

Quadro 19 Crenças e avaliações da disciplina na alimentação saudável fora de casa (médias)

Crenças	Consumo com menor frequência.	5,2
	Estou exposto a opções não saudáveis.	6,1
	Exige disciplina.	5,8
Avaliações	Consumir alimentos saudáveis com menor frequência é:	2,7
	Estar exposto a opções não saudáveis é:	3,3
	Ter disciplina é*:	2,7

Escala:

Crenças: 1=discordo totalmente; 7=concordo totalmente;

Avaliações: 1=extremamente ruim; 7=extremamente bom; *1=extremamente difícil; 7=extremamente fácil

Na alimentação saudável fora de casa, a crença que se destaca referente à disciplina é “estou exposto a opções não saudáveis,” sendo que a exposição pode ocorrer, por exemplo, através do apelo visual de pratos de outros indivíduos, conforme destacado por Jeong et al. (2019) e Deliens et al. (2014). Além disso, é classificado como ruim “consumir alimentos saudáveis com menor frequência” e como difícil o facto de “ter disciplina,” apesar de Allom e Mullan (2014) afirmarem que os indivíduos que se preocupam com a sua alimentação buscam reinterpretar o ambiente ou manipular possíveis estímulos que possam influenciar o consumo de alimentos não saudáveis.

A partir da média dos indicadores, foram construídos índices sintéticos das crenças e avaliações sobre a disciplina na alimentação saudável fora de casa. O Quadro 20 apresenta os inquiridos em relação ao sexo, escolaridade e idade.

Quadro 20 Crenças e avaliações sobre a disciplina da alimentação saudável fora de casa por sexo, idade e escolaridade (médias)

		Crenças	Avaliações
Sexo	Masculino	5,6	3,0
	Feminino	5,7	2,8
Escolaridade	Sem formação superior	5,3	3,3
	Com formação superior	5,7	2,9
Idade	Até 30 anos	5,8	2,7
	31-50 anos	5,9	3,2
	Mais de 51 anos	5,4	3,1

Escala:

Crenças: 1=discordo totalmente; 7=concordo totalmente

Avaliação das crenças: 1=extremamente ruim/difícil; 7=extremamente bom/fácil

Indivíduos de ambos os sexos possuem crenças e avaliações similares, facto que também ocorre para a variável escolaridade. No que concerne à idade, aqueles que têm entre 31 e 50 anos possuem o maior nível de crenças e as diferenças entre os grupos etários são estatisticamente significativas ($F(2,213)=3,569$; $p<0,05$), sendo que o escalão com mais de 51 anos difere dos outros grupos (Anexo 7).

Em relação às avaliações, o grupo que pior classifica a disciplina tem até 30 anos. Este grupo apresenta uma falta de força de vontade mais proeminente (Jeong et al., 2019) e apresenta diferenças estatisticamente significativas ($F(2,211)=4,605$; $p<0,05$) face ao grupo entre 31-50 anos (Anexo 8).

5.2.3 Barreiras

As crenças e avaliações sobre as barreiras da alimentação saudável fora de casa foram medidas com recurso a dois indicadores cada, utilizando a escala tipo Likert de 7 pontos (Quadro 21).

Quadro 21 Crenças e avaliações das barreiras da alimentação saudável fora de casa (médias)

Crenças	É mais caro do que consumir refeições não saudáveis.	5,8
	Existem poucas opções.	4,8
Avaliações	É mais caro do que consumir refeições não saudáveis e isso é:	2,5
	O facto de existirem poucas opções é:	2,2

Escala:

Crenças: 1=discordo totalmente; 7=concordo totalmente

Avaliação das crenças: 1=extremamente ruim; 7=extremamente bom

A crença mais saliente é que “consumir refeições saudáveis é mais caro do que consumir refeições não saudáveis,” facto que também é referido por Ha e Jang (2012) e Deliens et al. (2014). Ademais, os respondentes classificam como mau o facto de “existirem poucas opções disponíveis,” apesar de os restaurantes se esforçarem para oferecer refeições saudáveis (Glanz et al., 2007; Koplan & Brownell, 2010; Chen et al., 2006). Apesar de não terem sido identificadas nesta investigação, Croll et al. (2001) destacaram outras barreiras: sabor, aparência, aceitabilidade e implicações práticas.

Com base na média dos indicadores, foram criados índices sintéticos referentes as crenças e suas respectivas avaliações das barreiras da alimentação saudável fora de casa. O Quadro 22 descreve os inquiridos quanto ao sexo, escolaridade e idade.

Quadro 22 Crenças e avaliações sobre as barreiras da alimentação saudável fora de casa por sexo, idade e escolaridade (médias)

		Crenças	Avaliações
Sexo	Masculino	5,3	2,5
	Feminino	5,2	2,3
Escolaridade	Sem formação superior	5,3	2,8
	Com formação superior	5,3	2,3
Idade	Até 30 anos	5,4	2,1
	31-50 anos	5,5	2,4
	Mais de 51 anos	4,9	2,8

Escala:

Crenças: 1=discordo totalmente; 7=concordo totalmente

Avaliação das crenças: 1=extremamente ruim; 7=extremamente bom

Os homens consideram mais barreiras à alimentação saudável fora de casa e as mulheres fazem uma pior avaliação dessas barreiras. Em relação aos níveis de escolaridade, as crenças são semelhantes nos dois grupos, sendo que aqueles com mais formação classificam as barreiras como algo pior.

Relativamente à idade, aqueles que têm mais de 51 anos apresentam menor pontuação nas crenças e avaliam melhor o conceito do que os outros dois grupos etários. Dessa forma, cabe comentar que existem diferenças estatisticamente significativas (Anexo 9) em crenças, particularmente na idade ($F(2,212)=3,246$; $p<0,05$), entre os que possuem mais de 51 anos e os outros dois grupos. No que concerne às avaliações, também existem diferenças significativas para idade ($F(2,213)=5,101$; $p<0,05$), sendo que o grupo de até 30 anos difere do grupo de 51 anos ou mais (Anexo 10).

5.2.4 Praticidade

As crenças e avaliações sobre a praticidade da alimentação saudável fora de casa foram medidas através de dois indicadores cada, utilizando a escala tipo Likert de 7 pontos (Quadro 23).

Quadro 23 Crenças e avaliações da praticidade da alimentação saudável fora de casa (médias)

Crenças	É prático.	4,8
	Economiza tempo.	5,1
Avaliações	A praticidade é:	5,8
	A economia de tempo é:	5,8

Escala:

Crenças: 1=discordo totalmente; 7=concordo totalmente

Avaliação das crenças: 1=nada importante; 7=extremamente importante

Como é possível observar, a crença que se destaca refere-se a praticidade “economiza tempo.” Dessa forma, ao comer alimentos saudáveis fora de casa, não é necessário: preparar e organizar as refeições (Jabs et al., 2007), ter aptidões culinárias (Wrieden et al., 2007) e ter utensílios culinários (Deliens et al., 2014). Relativamente à avaliação das crenças, ambas são consideradas igualmente importantes. Baseado na média dos indicadores, foram criados índices sintéticos relativos as crenças e avaliações da praticidade da alimentação saudável fora de casa. O Quadro 24 apresenta os inquiridos em relação ao sexo, escolaridade e idade.

Quadro 24 Crenças e avaliações sobre a praticidade da alimentação saudável fora de casa por sexo, idade e escolaridade (médias)

		Crenças	Avaliações
Sexo	Masculino	4,9	5,8
	Feminino	5,0	5,9
Escolaridade	Sem formação superior	4,3	5,7
	Com formação superior	5,0	5,8
Idade	Até 30 anos	4,9	5,9
	31-50 anos	5,4	5,9
	Mais de 51 anos	4,8	5,7

Escala:

Crenças: 1=discordo totalmente; 7=concordo totalmente

Avaliação das crenças: 1=nada importante; 7=extremamente importante

As mulheres registam uma pontuação ligeiramente maior nas crenças e nas avaliações referentes a praticidade. Em relação a escolaridade, aqueles com formação superior têm mais crenças positivas e demonstram uma melhor avaliação do conceito. Ao analisar a idade, percebe-se que o grupo que menos concorda com as crenças associadas à praticidade são os indivíduos com mais de 51 anos, sendo que este grupo também é responsável pela pior avaliação do conceito. No entanto, cabe comentar que as crenças e avaliações a respeito da praticidade são semelhantes entre os grupos, não havendo diferenças significativas.

5.3 Teoria da ação racional

5.3.1 Regressão múltipla

Tendo em vista o objetivo da presente investigação, buscou-se aferir o quanto as variáveis independentes (Atitude e Norma subjetiva) podem explicar a variável dependente (Intenção). Assim, foram feitas duas regressões, sendo a primeira referente à alimentação saudável em casa (Quadro 25) e a segunda, alimentação saudável fora de casa (Quadro 26).

Cabe comentar que foi conduzida uma análise preliminar, de forma a garantir o cumprimento dos pressupostos de normalidade, linearidade, ausência de multicolinearidade e homocedasticidade (Anexos 11 e 12). Além disso, também foi cumprida a exigência da dimensão da amostra, que deve ser superior a $50 + 8k$, sendo k o número de variáveis independentes.

Alimentação saudável em casa

Quadro 25 Fatores determinantes na intenção da alimentação saudável em casa (regressão múltipla – método Enter)

Variáveis independentes	Betas (coeficientes estandardizados)	
Atitude	0,459**	
Norma subjetiva	-0,024	
R ² ajustado		0,199**
F(2,205)		26,639

**p<0,001

O modelo revelou explicar cerca de 19,9% da intenção ($R^2=0,199$) de comer alimentos saudáveis em casa (Anexo 13). A variável atitude é estatisticamente significativa, apresentando uma relação moderada com a intenção ($\beta=0,459$; $p<0,001$). Por outro lado, o impacto da norma subjetiva na intenção é nulo. Visto isso, no que concerne a temática da alimentação saudável em casa e a teoria da ação racional, pode-se dizer que apenas a atitude influencia a intenção de comer alimentos saudáveis em casa.

Por fim, cabe referir que o predomínio da atitude na determinação da intenção também foi revelado noutros estudos, nomeadamente Sparks et al. (2001), Øygaard e Rise (1996), Blanchard et al. (2009) e Verplanken e Faes (1999).

Alimentação saudável fora de casa

Quadro 26 Fatores determinantes na intenção da alimentação saudável fora de casa (regressão múltipla – método Enter)

Variáveis independentes	Betas (coeficientes estandardizados)	
Atitude	0,283**	
Norma subjetiva	0,251**	
R ² ajustado		0,173**
F(2,206)		22,717

**p<0,001

O modelo com as duas variáveis independentes atitude e norma subjetiva revelou explicar cerca de 17,3% da intenção ($R^2=0,173$) de comer alimentos saudáveis fora de casa (Anexo 14). As variáveis atitude ($\beta=0,283$; $p<0,001$) e norma subjetiva ($\beta=0,251$; $p<0,001$) são estatisticamente significativas, sendo que a atitude apresenta uma relação mais forte com a intenção. De entre os referentes destacados na norma subjetiva, a família é o grupo que mais apoia a alimentação saudável. O facto da norma subjetiva ser relevante neste âmbito está relacionado com outros estudos que demonstram que, quando o consumo de alimentos é feito fora de casa, deve-se compreender a relação entre o indivíduo e o ambiente e o indivíduo e aqueles que estão a sua volta; se outro indivíduo escolhe itens menos saudáveis, isso pode ajudar a construir preferências psicológicas por comidas menos nutritivas naqueles que o acompanham, o que pode desencorajar a escolha de pratos saudáveis (Jeong et al., 2019).

CAPÍTULO 6 – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

6.1 Conclusões

Este estudo visou compreender a relação entre atitude e intenção dos indivíduos de se alimentarem de forma saudável dentro e fora de casa e, para tal, recorreu-se à teoria da ação racional de Fishbein e Ajzen (1975). A recolha de dados foi feita por meio de entrevistas e aplicação de questionário. Foi possível identificar as crenças comportamentais, normativas, avaliações, motivações para concordância e intenção comportamental.

A análise revelou que a atitude para com a alimentação saudável em casa é composta por diversas crenças e avaliações a respeito dos construtos: benefícios, disciplina e barreiras. As crenças mais salientes são: (1) permite ter melhor qualidade de vida, (2) melhora a saúde física e mental, (3) exige disciplina e (4) exige muito tempo. Tais crenças estão de acordo com alguns estudos, sendo que os benefícios estão em linha com Margetts et al. (1997) e *World Health Organization* (2007). A qualidade de vida, apesar de não ter sido abordada na revisão de literatura, foi citada pelos respondentes. Relativamente à disciplina,

o construto está em linha com Durra e Youn (1999) e Allom e Mullan (2014). A crença mais evidente quanto às barreiras foi a disponibilidade de tempo, tópico também referido por Monsivais et al. (2014) e Jabs et al. (2007). Relativamente às avaliações, os itens que recebem as melhores qualificações relacionam-se com os benefícios: (1) ajudar na prevenção de doenças e (2) ter melhor qualidade de vida, enquanto que aqueles que são avaliados de forma pior estão associados com a disciplina: (3) ter que resistir às tentações e com as barreiras: (4) ser mais caro do que comprar alimentos não saudáveis.

A atitude face a comer fora de casa é medida através dos construtos: benefícios, disciplina, barreiras e praticidade. As crenças que se destacam são: (1) ajuda a ter mais saúde, (2) exposição a opções de refeições não saudáveis, (3) é mais caro do que consumir refeições não saudáveis e (4) economiza tempo. Quanto aos benefícios, a questão da saúde também é referida por outros autores (Jeong et al., 2019; Margetts et al., 1997). No que concerne a disciplina, a exposição a outras opções está em linha com Jeong et al. (2019) e Deliens et al. (2014). Relativamente às barreiras, a questão do preço está em linha com Ha e Jang (2012) e Deliens et al. (2014). Por outro lado, cabe referir que Croll et al. (2001) identificam barreiras que não foram citadas pelos respondentes deste estudo: sabor, aparência, aceitabilidade e implicações práticas. Por último, a questão da economia de tempo gerada pela praticidade de comer alimentos saudáveis fora de casa é vista como algo que pode solucionar as barreiras do consumo de comida saudável dentro do lar, tais como: preparo e organização das refeições (Jabs et al., 2007), necessidade de ter aptidões culinárias (Wrieden et al., 2007) e posse de utensílios culinários (Deliens et al., 2014). No que concerne as avaliações das crenças, os com maior importância associam-se com os benefícios e com a praticidade: (1) ter mais qualidade de vida, (2) melhorar a saúde e (3) economizar tempo. As piores avaliações são encontradas na disciplina e nas barreiras: (1) o consumo de alimentos saudáveis feito com menor frequência e (2) o facto de existirem poucas opções são considerados como algo ruim, enquanto que (3) ter disciplina é percecionado como algo difícil.

Ainda, há de salientar que neste estudo a atitude mais favorável refere-se aos benefícios da alimentação saudável, seja no lar ou fora do lar. Por outro lado, a atitude mais desfavorável referente a alimentação saudável em casa foi encontrada no construto da disciplina e, fora de casa, nas barreiras. Este último prende-se com o facto do ambiente externo impactar as decisões do indivíduo, ou seja, ainda que eles tenham a intenção de se alimentar de forma saudável fora do lar, isso pode não ocorrer (Jeong et al., 2019).

Relativamente a norma subjetiva, apesar de os referentes poderem variar com cada indivíduo (Almeida, 2010), nesta investigação a família revelou ser o grupo que mais incentiva a alimentação saudável dentro e fora do lar, sendo também o referente que as

peças declaram maior motivação para concordar. A família também foi mencionada noutros estudos (Dunn et al., 2008; Dunn et al., 2011; Cavalcanti et al., 2007).

Com o intuito de responder a questão de investigação, a regressão múltipla revelou que o modelo explica 19,9% da intenção de se alimentar de forma saudável em casa, sendo que a variável atitude é a que possui maior relação com a intenção comportamental e a norma subjetiva não é significativa. Neste caso, entende-se que a intenção de comer saudável em casa está associada com as crenças comportamentais e avaliações das crenças, tal como referido por Ajzen e Fishbein (1980), que afirmam que quanto mais favorável o indivíduo for em relação ao objeto, maior será a sua intenção em relação a ele. Relativamente à alimentação saudável fora de casa, a atitude e as normas subjetivas explicam 17,3% da intenção. Ou seja, tanto as crenças e avaliações das crenças pessoais como as crenças normativas e motivações para concordância são relevantes para a intenção de comer alimentos saudáveis fora de casa. Em suma, seja em casa ou fora de casa, cada ambiente apresenta particularidades. Enquanto a intenção do consumo de alimentos em casa é explicada apenas pela atitude, fora de casa a intenção é influenciada também pelas normas subjetivas.

6.2 Limitações e sugestões para investigação futura

Depois de concluir o estudo, pode-se afirmar que existem algumas limitações: o enviesamento das respostas, pois quando se trata de um tema relacionado com a saúde, os indivíduos tendem a ser otimistas e, por isso, fazem julgamentos mais positivos sobre os seus comportamentos (Dunn et al., 2011). Além disso, há de salientar que a teoria da ação racional apresenta as suas próprias limitações: o facto de não considerar características demográficas do indivíduo, considerar que a maior parte dos comportamentos estão sob o controlo volitivo e outros pontos referidos anteriormente.

Quanto a sugestões para estudos futuros, seria interessante utilizar a teoria do comportamento planeado, incluindo a variável do controlo percebido para poder abranger comportamentos que não estejam totalmente sob o controlo dos indivíduos. Além disso, seria pertinente adicionar a variável comportamento para compreender a relação entre este e a intenção de se alimentar de forma saudável dentro e fora de casa. Dessa forma, seria possível avaliar o quanto do comportamento é explicado pela intenção, já que esta é considerada como o melhor preditor do comportamento por Fishbein e Ajzen (1975). Outra sugestão é adicionar variáveis externas ao modelo, de modo que seja possível verificar, por exemplo, a influência das características de personalidade e de estilo de vida na intenção de comer alimentos saudáveis dentro e fora de casa.

Referências

- Aikman, S. N., Min, K. E., & Graham, D. (2006). Food attitudes, eating behavior, and the information underlying food attitudes. *Appetite*, 47(1), 111-114. doi: 10.1016/j.appet.2006.02.004
- Ajzen, I. (2015). Consumer attitudes and behavior: The theory of planned behavior applied to food consumption decisions. *Italian Review of Agricultural Economics*, 70(2), 121-138. doi: 10.13128/REA-18003
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 27-58. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.27
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Ajzen, I., & Driver, B. L. (1992). Application of the theory of planned behavior to leisure choice. *Journal of Leisure Research*, 24(3), 207-224. doi: 10.1080/00222216.1992.11969889
- Allom, V., & Mullan, B. (2014). Maintaining healthy eating behaviour: Experiences and perceptions of young adults. *Nutrition & Food Science*, 44(2), 156-167. doi: 10.1108/NFS-06-2013-0077
- Almeida, N. (2010). *A Ingestão de Álcool e Direção no Contexto Universitário, Comunicação Persuasiva e Prevenção: Uma Aplicação da Teoria da Ação Racional (TAR)*. Universidade Federal do Pernambuco, Brasil.
- Argyriou, E., & Melewar, T. C. (2011). Consumer attitudes revisited: A review of attitude theory in marketing research. *International Journal of Management Reviews*, 13(4), 431-451. doi: 10.1111/j.1468-2370.2011.00299.x
- Armitage, C. J., & Conner, M. (1999). Distinguishing perceptions of control from self-efficacy: Predicting consumption of a lowfat diet using the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(1), 72-90. doi: 10.1111/j.1559-1816.1999.tb01375.x
- Ástro sm, A. N., & Rise, J. (2001). Young adults' intention to eat healthy food: Extending the theory of planned behaviour. *Psychology and Health*, 16(2), 223-237. doi: 10.1080/08870440108405501
- Axelson, M. L., Brinberg, D., & Durand, J. H. (1983). Eating at a fast-food restaurant—a social-psychological analysis. *Journal of Nutrition Education*, 15(3), 94-98. doi:10.1016/S0022-3182(83)80006-5
- Axelson, M. L., & Penfield, M. P. (1983). Food-and nutrition-related attitudes of elderly persons living alone. *Journal of Nutrition Education*, 15(1), 23-27. doi: 10.1016/S0022-3182(83)80101-0
- Bagozzi, R.P., & Dholakia, U. (1999). Goal setting and goal striving in consumer behavior. *Journal of Marketing*, 63(4), 19-32. doi:10.1177/00222429990634s104
- Bandura, A. (1982). *Teoria social del aprendizaje*. Madrid, Espanha: S.L.U. Espasa Libros
- Baron, R. S., & Byrne, D. (1987) *Social Psychology: Understanding Human Interaction* (5th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Batra, R., & Ahtola, O. T. (1991). Measuring the hedonic and utilitarian sources of consumer attitudes. *Marketing Letters*, 2(2), 159-170. doi: 10.1007/BF00436035
- Bisogni, C. A., Jastran, M., Seligson, M., & Thompson, A. (2012). How people interpret healthy eating: Contributions of qualitative research. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 44(4), 282-301. doi: 10.1016/j.jneb.2011.11.009.
- Boissonneault, E., & Godin, G. (1990). The prediction of intention to smoke only in designated work site areas. *Journal of Occupational Medicine*, 32(7), 621-62. doi: 10.1097/00043764-199007000-00013
- Borland, R., Owen, N., Hill, D., & Schofield, P. (1991). Predicting attempts and sustained cessation of smoking after the introduction of workplace smoking bans. *Health Psychology*, 10(5), 336. doi: 10.1037//0278-6133.10.5.336
- Blanchard, C. M., Fisher, J., Sparling, P. B., Shanks, T. H., Nehl, E., Rhodes, R. E., Courneya, F. B., & Baker, F. (2009). Understanding adherence to 5 servings of fruits and vegetables per day: A theory of planned behavior perspective. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(1), 3-10. doi: 10.1016/j.jneb.2007.12.006.

- Breckler, S. J. (1984). Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(6), 1191-1205. doi: 10.1037/0022-3514.47.6.1191
- Brouwer, A. M., & Mosack, K. E. (2015). Expanding the theory of planned behavior to predict healthy eating behaviors. *Nutrition & Food Science*, 45(1), 39-53. doi: 10.1108/NFS-06-2014-0055
- Caetano, A. (1990) *Atitudes face às novas tecnologias de informação no trabalho: Construção de um modelo de análise*, (Prova de Aptidão Pedagógica e Capacidade Científica - Trabalho de Síntese). Instituto Universitário de Lisboa, Portugal.
- Carlson, A., & Frazão, E. (2012). Are healthy foods really more expensive? It depends on how you measure the price. *USDA-ERS Economic Information Bulletin*, (96), 1-44. doi: 10.2139/ssrn.2199553
- Cavalcanti, A. P. R., Dias, M. R., & Costa, M. J., (2005). Psicologia e nutrição: Predizendo a intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda. *Estudos de Psicologia*, 10(1), 121-129. doi: 10.1590/S1413-294X2005000100014
- Cavalcanti, A. P., Dias, M. R., Rodrigues, C. F., Gouveia, C. N., Ramos, D. D., & Serrano, F. J., (2007). Crenças e influências sobre dietas de emagrecimento entre obesos de baixa renda. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6), 1567-1574. doi: 10.1590/S1413-81232007000600018
- Cialdini, R. B., Petty, R. E. & Cacioppo, J. T. (1981). Attitude and attitude change. *Annual Review of Psychology*, 32(1), 357-404. doi: 10.1146/annurev.psych.48.1.609
- Coleman, L. J., Bahnan, N., Kelkar, M., & Curry, N. (2011). Walking the walk: How the theory of reasoned action explains adult and student intentions to go green. *Journal of Applied Business Research*, 27(3), 107-116. doi: 10.19030/jabr.v27i3.4217
- Conner, M., Norman, P., & Bell, R. (2002). The theory of planned behavior and healthy eating. *Health Psychology*, 21(2), 194-201. doi:10.1037/0278-6133.21.2.194
- Chan, K., Prendergast, G., Grønhoj, A., & Bech-Larsen, T. (2009). Adolescents' perceptions of healthy eating and communication about healthy eating. *Health Education*, 109(6), 474-490. doi: 10.1108/09654280911001158
- Chang, M. K. (1998). Predicting unethical behavior: A comparison of the theory of reasoned action and the theory of planned behavior. *Journal of Business Ethics*, 17(16), 1825-1834. doi: 10.1007/978-94-007-4126-3_21
- Chen, J. S., Legrand, W., & Sloan, P. (2006). Factors influencing healthy meal choice in Germany. *Turizam: Međunarodni znanstveno-stručni časopis*, 54(4), 315-322.
- Choo, H., Chung, J. E., & Pysarchik, D. T. (2004). Antecedents to new food product purchasing behavior among innovator groups in India. *European Journal of Marketing*, 38 (5/6), 608-625. doi: 10.1108/03090560410529240
- Cranage, D. A., Conklin, M. T., & Lambert, C. U. (2005). Effect of nutrition information in perceptions of food quality, consumption behavior and purchase intentions. *Journal of Foodservice Business Research*, 7(1), 43-61. doi: 10.1300/J369v07n01_04
- Croll, J. K., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2001). Healthy eating: What does it mean to adolescents? *Journal of Nutrition Education*, 33(4), 193-198. doi: 10.1016/S1499-4046(06)60031-6
- Dissen, A. R., Policastro, P., Quick, V., & Byrd-Bredbenner, C. (2011). Interrelationships among nutrition knowledge, attitudes, behaviors and body satisfaction. *Health Education*, 111(4), 283-195. doi: 10.1108/09654281111144256
- Deliens, T., Clarys, P., De Bourdeaudhuij, I., & Deforche, B. (2014). Determinants of eating behaviour in university students: A qualitative study using focus group discussions. *BMC Public Health*, 14(1), 1-12. doi: 10.1186/1471-2458-14-53
- De Wit, J. B., Stok, F. M., Smolenski, D. J., de Ridder, D. D., de Vet, E., Gaspar, T., Johnson, F., Nureeva, L., & Luszczynska, A. (2015). Food culture in the home environment: Family meal practices and values can support healthy eating and self-regulation in young people in four European countries. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(1), 22-40. doi: 10.1111/aphw.12034
- Dunn, K. I., Mohr, P. B., Wilson, C. J., & Wittert, G. A. (2008). Beliefs about fast food in Australia: A qualitative analysis. *Appetite*, 51(2), 331-334. doi: 10.1016/j.appet.2008.03.003

- Dunn, K. I., Mohr, P., Wilson, C. J., & Wittert, G. A. (2011). Determinants of fast-food consumption. An application of the theory of planned behaviour. *Appetite*, 57(2), 349-357. doi: 10.1016/j.appet.2011.06.004
- Dutta, M. J., & Youn, S. (1999). Profiling healthy eating consumers: A psychographic approach to social marketing. *Social Marketing Quarterly*, 5(4), 4-21. doi:10.1080/15245004.1999.9961078
- Eves, A., Corney, M., Kipps, M., & Noble, C. (1997). Nutrition knowledge of caterers and constraints to offering more healthy meals. *International Journal of Hospitality Management*, 16(4), 403-417. doi: 10.1016/S0278-4319(97)00030-3
- Ferrão, A. C., Guiné, R. P., Correia, P., Ferreira, M., Cardoso, A. P., Duarte, J., & Lima, J. (2018). Perceptions towards a healthy diet among a sample of university people in Portugal. *Nutrition & Food Science*, 48(4), 669-688. doi:10.1108/NFS-10-2017-0205
- Fila, S. A., & Smith, C. (2006). Applying the theory of planned behavior to healthy eating behaviors in urban Native American youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3(1), 11. doi: 10.1186/1479-5868-3-11
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York: Psychology Press (Taylor & Francis).
- Fiske, S.T., & Taylor, S.E. (1991). *Social cognition* (2nd ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Fyler, M., Schumacher, J., Banning, J., & Gam, H. J. (2014). Influence of body satisfaction, body mass index, and diet quality on healthy eating attitudes among college students. *Family and Consumer Sciences Research Journal*, 42(4), 330-340. doi: 10.1111/fcsr.12067
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11(2), 87-98. doi: 10.4278/0890-1171-11.2.87
- Godin, G., Valois, P., Shephard, R. J., & Desharnais, R. (1987). Prediction of leisure-time exercise behavior: A path analysis (LISREL V) model. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(2), 145-158. doi: 10.1007/BF00846423
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. (4th ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass
- Glanz, K., Resnicow, K., Seymour, J., Hoy, K., Stewart, H., Lyons, M., & Goldberg, J. (2007). How major restaurant chains plan their menus: The role of profit, demand, and health. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(5), 383-388. doi: 10.1016/j.amepre.2007.01.003
- Grønhøj, A., Bech-Larsen, T., Chan, K., & Tsang, L. (2013). Using theory of planned behavior to predict healthy eating among Danish adolescents. *Health Education*, 113 (1), 4-17. doi: 10.1108/09654281311293600
- Ha, J., & Jang, S. S. (2012). The effects of dining atmospherics on behavioral intentions through quality perception. *Journal of Services Marketing*, 26 (3), 204-215. doi: 10.1108/08876041211224004
- Hammons, A. J., & Fiese, B. H. (2011). Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? *Pediatrics*, 127(6), 1565-1574. doi: 10.1542/peds.2010-1440
- Han, H., & Kim, Y. (2010). An investigation of green hotel customers' decision formation: Developing an extended model of the theory of planned behavior. *International Journal of Hospitality Management*, 29(4), 659-668. doi:10.1016/j.ijhm.2010.01.001
- Horgen, K. B., & Brownell, K. D. (2002). Comparison of price change and health message interventions in promoting healthy food choices. *Health Psychology*, 21(5), 505. doi: 10.1037/0278-6133.21.5.505
- Jabs, J., Devine, C. M., Bisogni, C. A., Farrell, T. J., Jastran, M., & Wethington, E. (2007). Trying to find the quickest way: Employed mothers' constructions of time for food. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39(1), 18-25. doi: 10.1016/j.jneb.2006.08.011

- Jeong, E., Jang, S. S., Behnke, C., Anderson, J., & Day, J. (2019). A scale for restaurant customers' healthy menu choices: Individual and environmental factors. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 31(1), 217-246. doi: 10.1108/IJCHM-06-2017-0377
- Jun, J., & Arendt, S. W. (2016). Understanding healthy eating behaviors at casual dining restaurants using the extended theory of planned behavior. *International Journal of Hospitality Management*, 53, 106-115. doi: 10.1016/j.ijhm.2015.12.002
- Jun, J., Kang, J., & Arendt, S. W. (2014). The effects of health value on healthful food selection intention at restaurants: Considering the role of attitudes toward taste and healthfulness of healthful foods. *International Journal of Hospitality Management*, 42, 85-91. doi: 10.1016/j.ijhm.2014.06.002
- Kim, K., Reicks, M., & Sjoberg, S. (2003). Applying the theory of planned behavior to predict dairy product consumption by older adults. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 35(6), 294-301. doi: 10.1016/S1499-4046(06)60343-6
- Koballa Jr, T. R. (1986). Teaching hands-on science activities: Variables that moderate attitude-behavior consistency. *Journal of Research in Science Teaching*, 23(6), 493-502. doi:10.1002/tea.3660230603
- Koplan, J. P., & Brownell, K. D. (2010). Response of the food and beverage industry to the obesity threat. *Jama*, 304(13), 1487-1488. doi: 10.1001/jama.2010.1436
- Kozup, J. C., Creyer, E. H., & Burton, S. (2003). Making healthful food choices: The influence of health claims and nutrition information on consumers' evaluations of packaged food products and restaurant menu items. *Journal of Marketing*, 67(2), 19-34. doi: 10.1509/jmkg.67.2.19.18608
- Kumanyika, S. K., Bowen, D., Rolls, B. J., Van Horn, L., Perri, M. G., Czajkowski, S. M., & Schron, E. (2000). Maintenance of dietary behavior change. *Health Psychology*, 19(1), 42-56. doi: 10.1037/0278-6133.19.Suppl1.42
- Lam, T., & Hsu, C. H. (2004). Theory of planned behavior: Potential travelers from China. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 28(4), 463-482. doi: 10.1177/1096348004267515
- Lappalainen, R., Kearney, J., & Gibney, M. (1998). A pan EU survey of consumer attitudes to food, nutrition and health: An overview. *Food Quality and Preference*, 9(6), 467-478. doi: 10.1016/S0950-3293(98)00018-4
- Larson, N., MacLehose, R., Fulkerson, J. A., Berge, J. M., Story, M., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Eating breakfast and dinner together as a family: Associations with sociodemographic characteristics and implications for diet quality and weight status. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113(12), 1601-1609. doi: 10.1016/j.jand.2013.08.011
- Lê, J., Dallongeville, J., Wagner, A., Arveiler, D., Haas, B., Cottel, D., & Dauchet, L. (2013). Attitudes toward healthy eating: A mediator of the educational level-diet relationship. *European Journal of Clinical Nutrition*, 67(8), 808-814. doi: 10.1038/ejcn.2013.110
- Lima, V. M., & D'Amorim, M. A. (1986). A relação atitude-comportamento à luz da Teoria da Ação Racional. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 38(1), 133-142.
- Madden, T. J., Ellen, P. S., & Ajzen, I. (1992). A comparison of the theory of planned behavior and the theory of reasoned action. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(1), 3-9. doi:10.1177/0146167292181001
- Malhotra, N., & Birks, D. (2007). *Marketing research: An applied approach*: 3rd European Edition. Pearson education.
- Margetts, B. M., Martinez, J. A., Saba, A., Holm, L., & Kearney, M. (1997). Definitions of 'healthy' eating: A pan-EU survey of consumer attitudes to food, nutrition and health. *European Journal of Clinical Nutrition*, 51(2), S23-S29. doi:0954-3007/97
- Mittal, B. (1988). The role of affective choice mode in the consumer purchase of expressive products. *Journal of Economic Psychology*, 9(4), 499-524. doi:10.1016/01674870(88)90016-5
- Monsivais, P., Aggarwal, A., & Drewnowski, A. (2014). Time spent on home food preparation and indicators of healthy eating. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(6), 796-802. doi: 10.1016/j.amepre.2014.07.033
- Moutinho, K., & Roazzi, A. (2010). As teorias da ação racional e da ação planejada: Relações entre intenções e comportamentos. *Avaliação Psicológica*, 9(2), 279-287.

- Murray, S. L., Haddock, G. G., & Zanna, M. P. (1996). On creating value-expressive attitudes: An experimental approach. *The psychology of values: The Ontario symposium* (8), 107-133.
- Myers, D.G. (1980). Faith and action: A seamless tapestry. *Christianity Today*, 24(10-19), 1406-1409.
- McEachan, R. R., Conner, M., Taylor, N. J., & Lawton, R. J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the theory of planned behaviour: A meta-analysis. *Health Psychology Review*, 5(2), 97-144. doi: 10.1080/17437199.2010.521684
- National Restaurant Association (2009), "Consumers seek healthy food, greener restaurants when dining out", disponível em: <https://www.potatopro.com/news/2008/national-restaurant-association-releases-2009-trends-forecast> (acesso em 15 de Julho, 2020).
- Paquette, M. C. (2005). Perceptions of healthy eating: State of knowledge and research gaps. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, 15-19. doi: 10.17269/cjph.96.1500
- Paisley, C. M., & Sparks, P. (1998). Expectations of reducing fat intake: The role of perceived need within the theory of planned behaviour. *Psychology and Health*, 13(2), 341-353. doi: 10.1080/08870449808406755
- Paul, J., Modi, A., & Patel, J. (2016). Predicting green product consumption using theory of planned behavior and reasoned action. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 29, 123-134. doi: 10.1016/j.jretconser.2015.11.006
- Pearson, N., Biddle, S. J., & Gorely, T. (2009). Family correlates of fruit and vegetable consumption in children and adolescents: A systematic review. *Public Health Nutrition*, 12(2), 267-283. doi: 10.1017/S1368980008002589
- Porto, R. B. (2010). Atitude do consumidor: Estrutura dos modelos teóricos. *Revista Brasileira de Marketing*, 9(2), 41-58. doi:10.5585/remark.v9i2.2145
- Ragunathan, R., Naylor, R. W., & Hoyer, W. D. (2006). The unhealthy = tasty intuition and its effects on taste inferences, enjoyment, and choice of food products. *Journal of Marketing*, 70(4), 170-184. doi: 10.1509/jmkg.70.4.170
- Rah, J. H., Hasler, C. M., Painter, J. E., & Chapman-Novakofski, K. M. (2004). Applying the theory of planned behavior to women's behavioral attitudes on and consumption of soy products. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 36(5), 238-244. doi: 10.1016/S1499-4046(06)60386-2
- Rise, J., Sheeran, P., & Hukkelberg, S. (2010). The role of self-identity in the theory of planned behavior: A meta analysis. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(5), 1085-1105. doi: 10.1111/j.1559-1816.2010.00611.x
- Rutter, D. R., & Quine, L. (1994). *Social psychology and health: European perspectives*. Brookfield, Vt: Avebury.
- Saunders, M., Lewis, P. and Thornhill, A. (2016). *Research methods for business students* (7th ed.). Harlow: Pearson.
- Senauer, B. (2001). *The food consumer in the 21st century: new research perspectives*. (Working paper). University of Minnesota, United States.
- Solomon, M., Russel-Bennett, R., & Previte, J. (2012). *Consumer behaviour* (3rd ed.). AU: Pearson Higher Education.
- Shrigley, R. L. (1990). Attitude and behavior are correlates. *Journal of Research in Science Teaching*, 27(2), 97-113. doi:10.1002/tea.3660270203
- Shimp, T. A., & Kavas, A. (1984). The theory of reasoned action applied to coupon usage. *Journal of Consumer Research*, 11(3), 795-809. doi:10.1086/209015
- Steenkamp, J. B. (1993). Food consumption behavior. *ACR European Advances*, 1, 401-409.
- Sun, Y.H. (2008). Health concern, food choice motives, and attitudes toward healthy eating: The mediating role of food choice motives. *Appetite*, 51(1), 42-49. doi: 10.1016/j.appet.2007.11.004
- Sutton, S. (1994). The past predicts the future: Interpreting behaviour-behaviour relationships in social psychological models of health behaviour. Em Rutter, D. R., & Quine, L. (Eds.), *Social psychology and health: European perspectives* (pp. 71-88). Brookfield, Vt: Avebury.

- Shepherd, R., & Towler, G. (2007). Nutrition knowledge, attitudes and fat intake: Application of the theory of reasoned action. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 5(6), 387-397. doi: 10.1111/j.1365-277X.2007.00781.x
- Sheppard, H., Hartwick J., & Warshaw, P. (1988). The Theory of Reasoned Action: A meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research, *Journal of Consumer Research* 15(3) 325–343. doi: 10.1086/209170
- Sparks, P., Conner, M., James, R., Shepherd, R., & Povey, R. (2001). Ambivalence about health-related behaviours: An exploration in the domain of food choice. *British Journal of Health Psychology*, 6(1), 53-68. doi: 10.1348/135910701169052
- Tarkiainen, A., & Sundqvist, S. (2005). Subjective norms, attitudes and intentions of Finnish consumers in buying organic food. *British Food Journal*, 107(11), 808-822. doi: 10.1108/00070700510629760
- Tuorila, H. (1987). Selection of milks with varying fat contents and related overall liking, attitudes, norms and intentions. *Appetite*, 8(1), 1-14. doi: 10.1016/S0195-6663(87)80022-3
- Tuorila-Ollikainen, H., Lähteenmäki, L., & Salovaara, H. (1986). Attitudes, norms, intentions and hedonic responses in the selection of low salt bread in a longitudinal choice experiment. *Appetite*, 7(2), 127-139. doi: 10.1016/S0195-6663(86)80013-7
- Tuorila, H., & Pangborn, R. M. (1988). Prediction of reported consumption of selected fat-containing foods. *Appetite*, 11(2), 81-95. doi: 10.1016/S0195-6663(88)80008-4
- Thompson, S. C. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, 90(1), 89-101. doi:10.1037/0033-2909.90.1.89
- Valois, P., Desharnais, R., & Godin, G. (1988). A comparison of the Fishbein and Ajzen and the Triandis attitudinal models for the prediction of exercise intention and behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 11(5), 459-472. doi: 10.1007/BF00844839
- Vermeir, I., & Verbeke, W. (2006). Sustainable food consumption: Exploring the consumer "attitude-behavioral intention" gap. *Journal of Agricultural and Environmental Ethics*, 19(2), 169-194. doi:10.1007/s10806-005-5485-3
- Verplanken, B., & Faes, S. (1999). Good intentions, bad habits, and effects of forming implementation intentions on healthy eating. *European Journal of Social Psychology*, 29(5-6), 591-604. doi: 10.1002/(SICI)1099-0992(199908/09)29:5/6<591::AID-EJSP948>3.0.CO;2-H
- Vroom, V. H. (1995). *Work and Motivation*-Revised Edition. San Francisco, CA: Jossey-Boss Classics.
- Wardle, J., Haase, A. M., Steptoe, A., Nillapun, M., Jonwutiwes, K., & Bellis, F. (2004). Gender differences in food choice: The contribution of health beliefs and dieting. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(2), 107-116. doi: 10.1207/s15324796abm2702_5
- Wrieden, W. L., Anderson, A. S., Longbottom, P. J., Valentine, K., Stead, M., Caraher, M., & Dowler, E. (2007). The impact of a community-based food skills intervention on cooking confidence, food preparation methods and dietary choices—an exploratory trial. *Public Health Nutrition*, 10(2), 203-211. doi: 10.1017/S1368980007246658
- Young, E. M., & Fors, S. W. (2001). Factors related to the eating habits of students in grades 9–12. *Journal of School Health*, 71(10), 483-488. doi: 10.1111/j.1746-1561.2001.tb07285.x
- Zajonc, R. B., & Markus, H. (1982). Affective and cognitive factors in preferences. *Journal of Consumer Research*, 9(2), 123-131. doi:10.1086/208905
- Zandstra, E. H., De Graaf, C., & Van Staveren, W. A. (2001). Influence of health and taste attitudes on consumption of low-and high-fat foods. *Food Quality and Preference*, 12(1), 75-82. doi: 10.1016/S0950-3293(00)00032-X

Anexos

Anexo 1: Principais tópicos referentes a alimentação saudável

	Principais tópicos relacionados com a alimentação saudável	Fonte
Composição dos alimentos	Baixo teor de gordura	Eves et al. (1997); Chen et al. (2006); Lappalainen et al. (1998); Margetts et al. (1997); Zandstra, De Graaf e Staveren (2001); Kumanyika et al. (2000).
	Açúcar reduzido	Eves et al. (1997); Paquette (2005).
	Abundância de fibras	Eves et al. (1997); Kumanyika et al. (2000).
	Presença de legumes e vegetais	Eves et al. (1997); Lappalainen et al. (1998); Monsivais, Aggarwal e Drewnowski (2014); Zandstra, De Graaf e Staveren (2001); Kumanyika et al. (2000); Paquette (2005).
	Pouco calóricos	Jun e Arendt (2016), Cranage et al. (2005); Glanz et al. (2007); Chen et al. (2006).
	Conteúdo orgânico (sem adição de ingredientes geneticamente modificados)	Chen et al. (2006); Wandel e Fagerli (2001).
Características não associadas com a composição do alimento	Equilíbrio	Lappalainen et al. (1998); Margetts et al. (1997); Croll, Neumark-Sztainer, & Story (2001); Chan et al. (2009).
	Variedade	Lappalainen et al. (1998); Margetts et al. (1997); Croll, Neumark-Sztainer, & Story (2001); Chan et al. (2009); Paquette (2005).
	Preparação dos alimentos	Eves et al. (1997); Chan et al. (2009); Paquette (2005).

Anexo 2: Variáveis sociodemográficas recodificadas

Variável	Opção de resposta	Recodificação	
Idade	1. Pergunta aberta	1. Até 30 anos	
		2. Entre 31 e 50 anos	
		3. Mais de 51 anos	
Escolaridade	1. Inferior ao 9º ano 2. 9º ano 3. 12º ano	1. Sem formação superior	
		4. Licenciatura 5. Pós-graduação 6. Mestrado 7. Doutorado	2. Com formação superior

Anexo 3: Cálculo de novas variáveis

Variável	Cálculo
Atitude em casa	\sum Crenças comportamentais em casa * Avaliações das crenças em casa
Norma subjetiva em casa	\sum Crenças normativas em casa * Motivação para concordância em casa
Atitude fora de casa	\sum Crenças comportamentais fora de casa * Avaliações das crenças fora de casa
Norma subjetiva fora de casa	\sum Crenças normativas fora de casa * Motivação para concordância fora de casa

Anexo 4: Avaliação das crenças sobre disciplina na alimentação saudável em casa por escalão etário

Análise de Variância Avaliação das crenças sobre disciplina na alimentação saudável em casa por escalão etário						
Test of Homogeneity of Variances Índice de avaliação das crenças sobre disciplina na alimentação saudável em casa				ANOVA Índice de avaliação das crenças sobre disciplina na alimentação saudável em casa		
Levene Statistic	df1	df2	Sig.	Sum of Squares	df	Mean Square
0,438	2	213	0,646	Between Groups	2	27,107
				Within Groups	213	1,48
				Total	215	
						F
						18,311
						Sig.
						0,000
Multiple Comparisons						
Dependent Variable: Índice de avaliação das crenças sobre disciplina na alimentação saudável em casa						
Games-Howell						
(I) Faixa etária	(J) Faixa etária	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Até 30 anos	31 - 50 anos	-0,38722	0,235	0,235	-0,953	0,179
	Mais que 51 anos	-1,14214*	0,190	0,000	-1,593	-0,692
31 - 50 anos	Até 30 anos	0,38722	0,235	0,235	-0,179	0,953
	Mais que 51 anos	-,75492*	0,259	0,013	-1,374	-0,136
Mais que 51 anos	Até 30 anos	1,14214*	0,190	0,000	0,692	1,593
	31 - 50 anos	,75492*	0,259	0,013	0,136	1,374
* The mean difference is significant at the 0.05 level.						

Anexo 5: Crenças das barreiras da alimentação saudável em casa por sexo e por escalão etário

T-Test Crenças das barreiras da alimentação saudável em casa por sexo										
Group Statistics										
		Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean				
Crenças barreiras Alimentação saudável em casa		Masculino	71	5,3052	1,13913	0,13519				
		Feminino	145	4,9195	1,41109	0,11718				
Independent samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Crenças barreiras Alimentação saudável em casa	Equal variances assumed	3,565	0,06	2,004	214	0,046	0,38562	0,1924	0,00639	0,76486
	Equal variances not assumed			2,155	168,475	0,033	0,38562	0,17891	0,03243	0,73882

Análise de Variância Crenças sobre as barreiras da alimentação saudável em casa por escalão etário									
Test of Homogeneity of Variances Índice de crenças sobre as barreiras da alimentação saudável em casa por escalão etário				ANOVA Índice de crenças sobre as barreiras da alimentação saudável em casa por escalão etário					
Levene Statistic	df1	df2	Sig.	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
2,511	2	213	0,084	Between Groups	25,848	2	12,924	7,672	0,001
				Within Groups	358,8	213	1,685		
				Total	384,648	215			
Comparisons Dependent Variable: Índice de crenças sobre as barreiras da alimentação saudável em casa por escalão etário Games-Howell									
(I) Faixa etária	(J) Faixa etária	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval				
					Lower Bound	Upper Bound			
Até 30 anos	31 - 50 anos	0,04010	0,225	0,983	-0,500	0,580			
	Mais que 51 anos	0,76046*	0,216	0,002	0,247	1,274			
31 - 50 anos	Até 30 anos	-0,04010	0,225	0,983	-0,580	0,500			
	Mais que 51 anos	0,72036*	0,268	0,023	0,083	1,358			
Mais que 51 anos	Até 30 anos	0,76046*	0,216	0,002	-1,274	-0,247			
	31 - 50 anos	0,72036*	0,268	0,023	-1,358	-0,083			
* The mean difference is significant at the 0.05 level.									

Anexo 6: Avaliação das crenças das barreiras da alimentação saudável em casa por escolaridade e por escalão etário

T-Test Avaliação das crenças das barreiras da alimentação saudável em casa por escolaridade										
Group Statistics										
		Escolaridade	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean				
Avaliações barreiras Alimentação saudável em casa		Sem formação superior	16	4,0625	1,13018	0,28255				
		Com formação superior	197	3,3536	1,20262	0,08568				
Independent samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Avaliações barreiras Alimentação saudável em casa	Equal variances assumed	0,245	0,621	2,277	211	0,024	0,70886	0,31133	0,09516	1,32257
	Equal variances not assumed			2,401	17,874	0,027	0,70886	0,29525	0,08825	1,32948
Análise de Variância Avaliação das crenças sobre as barreiras da alimentação saudável em casa por escalão etário										
Test of Homogeneity of Variances Índice de avaliação das crenças sobre as barreiras da alimentação saudável em casa por escalão etário				ANOVA Índice de avaliação das crenças sobre as barreiras da alimentação saudável em casa por escalão etário						
Levene Statistic	df1	df2	Sig.	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.		
0,361	2	210	0,698	Between Groups	50,759	2	25,38	20,553	0,000	
				Within Groups	259,311	210	1,235			
				Total	310,07	212				

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Índice de avaliação das crenças sobre as barreiras da alimentação saudável em casa por escalão etário
Games-Howell

(I) Faixa etária	(J) Faixa etária	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Até 30 anos	31 - 50 anos	-0,30662	0,225	0,367	-0,848	0,235
	Mais que 51 anos	-1,10699*	0,170	0,000	-1,510	-0,704
31 - 50 anos	Até 30 anos	0,30662	0,225	0,367	-0,235	0,848
	Mais que 51 anos	-0,80037*	0,242	0,004	-1,380	-0,221
Mais que 51 anos	Até 30 anos	1,10699*	0,170	0,000	0,704	1,510
	31 - 50 anos	0,80037*	0,242	0,004	0,221	1,380

* The mean difference is significant at the 0.05 level

Anexo 7: Crenças sobre a disciplina da alimentação saudável fora de casa por escalão etário

Análise de Variância Crenças sobre a disciplina da alimentação saudável fora de casa por escalão etário

Test of Homogeneity of Variances				ANOVA					
Índice de crenças sobre a disciplina da alimentação saudável fora de casa por escalão etário				Índice de crenças sobre a disciplina da alimentação saudável fora de casa por escalão etário					
Levene Statistic	df1	df2	Sig.		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
0,31	2	213	0,734	Between Groups	8,898	2	4,449	3,569	0,030
				Within Groups	265,505	213	1,247		
				Total	274,403	215			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Índice de crenças sobre a disciplina da alimentação saudável fora de casa por escalão etário
LSD

(I) Faixa etária	(J) Faixa etária	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Até 30 anos	31 - 50 anos	-0,05858	0,210	0,780	-0,472	0,355
	Mais que 51 anos	0,42334*	0,173	0,015	0,082	0,765
31 - 50 anos	Até 30 anos	0,05858	0,210	0,780	-0,355	0,472
	Mais que 51 anos	0,48192*	0,227	0,035	0,034	0,930
Mais que 51 anos	Até 30 anos	-0,42334*	0,173	0,015	-0,765	-0,082
	31 - 50 anos	-0,48192*	0,227	0,035	-0,930	-0,034

* The mean difference is significant at the 0.05 level

Anexo 8: Avaliação das crenças sobre a disciplina da alimentação saudável fora de casa por escalão etário

Análise de Variância Avaliação das crenças sobre a disciplina da alimentação saudável fora de casa por escalão etário																																						
Test of Homogeneity of Variances Índice de avaliação das crenças sobre a disciplina da alimentação saudável fora de casa por escalão etário				ANOVA Índice de avaliação das crenças sobre a disciplina da alimentação saudável fora de casa por escalão etário																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Levene Statistic</th> <th>df1</th> <th>df2</th> <th>Sig.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0,192</td> <td>2</td> <td>211</td> <td>0,825</td> </tr> </tbody> </table>				Levene Statistic	df1	df2	Sig.	0,192	2	211	0,825	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sum of Squares</th> <th>df</th> <th>Mean Square</th> <th>F</th> <th>Sig.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Between Groups</td> <td>10,591</td> <td>2</td> <td>5,295</td> <td>4,605</td> <td>0,011</td> </tr> <tr> <td>Within Groups</td> <td>242,664</td> <td>211</td> <td>1,15</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>253,255</td> <td>213</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Between Groups	10,591	2	5,295	4,605	0,011	Within Groups	242,664	211	1,15			Total	253,255	213			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.																																			
0,192	2	211	0,825																																			
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.																																	
Between Groups	10,591	2	5,295	4,605	0,011																																	
Within Groups	242,664	211	1,15																																			
Total	253,255	213																																				
Multiple Comparisons																																						
Dependent Variable: Índice de avaliação das crenças sobre a disciplina da alimentação saudável fora de casa por escalão etário																																						
LSD																																						
(I) Faixa etária	(J) Faixa etária	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval																																	
Até 30 anos	31 - 50 anos	-0,49702*	0,196	0,036	-0,967	-0,027																																
	Mais que 51 anos	-0,40848	0,174	0,052	-0,820	0,003																																
31 - 50 anos	Até 30 anos	0,49702*	0,196	0,036	0,027	0,967																																
	Mais que 51 anos	0,08854	0,222	0,916	-0,441	0,618																																
Mais que 51 anos	Até 30 anos	0,40848	0,174	0,052	-0,003	0,820																																
	31 - 50 anos	-0,08854	0,222	0,916	-0,618	0,441																																

* The mean difference is significant at the 0.05 level

Anexo 9: Crenças sobre as barreiras da alimentação saudável fora de casa por escalão etário

Análise de Variância Crenças sobre as barreiras da alimentação saudável fora de casa por escalão etário																																						
Test of Homogeneity of Variances Índice de crenças sobre as barreiras da alimentação saudável fora de casa por escalão etário				ANOVA Índice de crenças sobre as barreiras da alimentação saudável fora de casa por escalão etário																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Levene Statistic</th> <th>df1</th> <th>df2</th> <th>Sig.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2,509</td> <td>2</td> <td>212</td> <td>0,084</td> </tr> </tbody> </table>				Levene Statistic	df1	df2	Sig.	2,509	2	212	0,084	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sum of Squares</th> <th>df</th> <th>Mean Square</th> <th>F</th> <th>Sig.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Between Groups</td> <td>10,887</td> <td>2</td> <td>5,443</td> <td>3,246</td> <td>0,041</td> </tr> <tr> <td>Within Groups</td> <td>355,485</td> <td>212</td> <td>1,677</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>366,372</td> <td>214</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Between Groups	10,887	2	5,443	3,246	0,041	Within Groups	355,485	212	1,677			Total	366,372	214			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.																																			
2,509	2	212	0,084																																			
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.																																	
Between Groups	10,887	2	5,443	3,246	0,041																																	
Within Groups	355,485	212	1,677																																			
Total	366,372	214																																				
Multiple Comparisons																																						
Dependent Variable: Índice de crenças sobre as barreiras da alimentação saudável fora de casa por escalão etário																																						
LSD																																						
(I) Faixa etária	(J) Faixa etária	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval																																	
Até 30 anos	31 - 50 anos	-0,07565	0,246	0,758	-0,560	0,408																																
	Mais que 51 anos	0,4655*	0,201	0,021	0,069	0,862																																
31 - 50 anos	Até 30 anos	0,07565	0,246	0,758	-0,408	0,560																																
	Mais que 51 anos	0,54115*	0,266	0,043	0,017	1,065																																
Mais que 51 anos	Até 30 anos	-0,4655*	0,201	0,021	-0,862	-0,069																																
	31 - 50 anos	-0,54115*	0,266	0,043	-1,065	-0,017																																

* The mean difference is significant at the 0.05 level

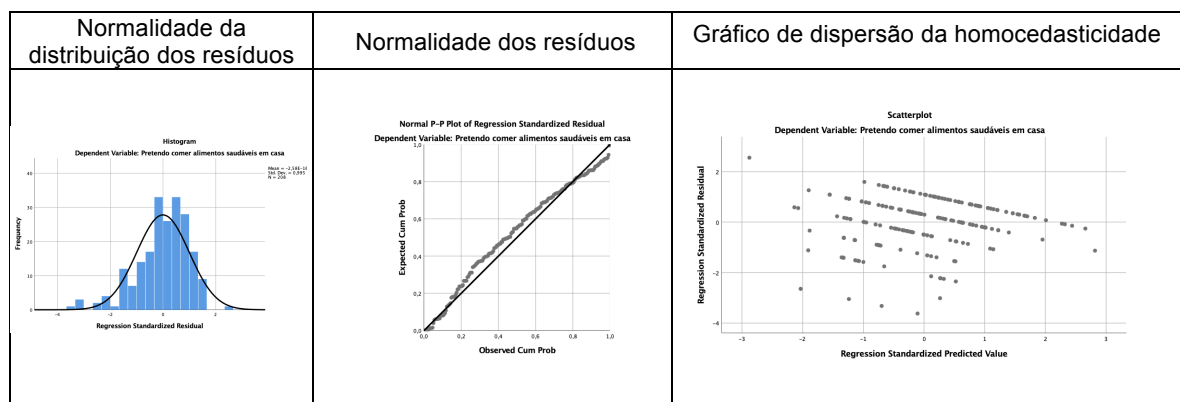
Anexo 10: Avaliações das crenças sobre as barreiras da alimentação saudável fora de casa por escalão etário

Test of Homogeneity of Variances				ANOVA					
Índice de avaliações das crenças sobre as barreiras da alimentação saudável fora de casa por escalão etário				Índice de avaliações das crenças sobre as barreiras da alimentação saudável fora de casa por escalão etário					
Levene Statistic	df1	df2	Sig.		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
0,294	2	213	0,746	Between Groups	16,243	2	8,122	5,101	0,007
				Within Groups	339,127	213	1,592		
				Total	355,37	215			

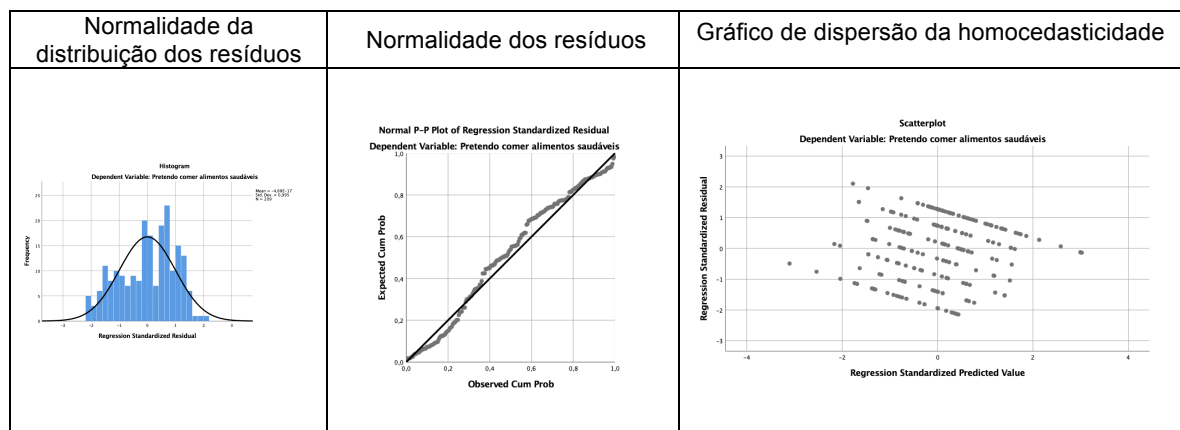
Multiple Comparisons						
Dependent Variable: Índice de avaliações das crenças sobre as barreiras da alimentação saudável fora de casa por escalão etário						
Games-Howell						
(I) Faixa etária	(J) Faixa etária	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Até 30 anos	31 - 50 anos	-0,23426	0,265	0,652	-0,872	0,404
	Mais que 51 anos	-0,62541*	0,188	0,003	-1,072	-0,179
31 - 50 anos	Até 30 anos	0,23426	0,265	0,652	-0,404	0,872
	Mais que 51 anos	-0,39115	0,282	0,353	-1,067	0,285
Mais que 51 anos	Até 30 anos	0,62541*	0,188	0,003	0,179	1,072
	31 - 50 anos	0,39115	0,282	0,353	-0,285	1,067

* The mean difference is significant at the 0.05 level

Anexo 11: Pressupostos para regressão linear múltipla: em casa



Anexo 12: Pressupostos para regressão linear múltipla: fora de casa



Anexo 13: Regressão múltipla: alimentação saudável em casa

ANOVA ^a						Descriptive Statistics					
	Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.		Mean	Std. Deviation	N	
1	Regression	84,319	2	42,159	26,639	0,000 ^b		Atitudes em casa	33,63	38,926	209
	Residual	324,431	205	1,583				Normas subjetivas em casa	12,51	9,434	215
	Total	408,75	207					Intenção em casa	4,66	1,402	216
a. Dependent Variable: Intenção em casa b. Predictors: (Constant), normas subjetivas em casa, atitudes em casa											
Model Summary ^b											
	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson					
	1	,454 ^a	0,206	0,199	1,258	2,309					
a. Predictors: (Constant), norma subjetiva em casa, atitudes em casa b. Dependent Variable: Intenção de comer alimentos saudáveis em casa											
Coefficients ^a											
	Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics				
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF			
1	(Constant)	4,113	0,153		26,808	0,000					
	Atitude em casa	0,017	0,002	0,459	7,192	0,000	0,951	1,051			
	Norma subjetiva em casa	-0,004	0,009	-0,024	-0,372	0,71	0,951	1,051			
a. Dependent Variable: Intenção de comer alimentos saudáveis em casa											

Anexo 14: Regressão múltipla: alimentação saudável fora de casa

ANOVA ^a						Descriptive Statistics					
	Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.		Mean	Std. Deviation	N	
1	Regression	158,135	2	79,067	22,717	,000 ^b		Atitude fora de casa	24,94	36,733	209
	Residual	717,004	206	3,481				Norma subjetiva fora de casa	8,28	10,921	216
	Total	875,139	208					Intenção fora de casa	3,59	2,055	215
a. Dependent Variable: Intenção de comer alimentos saudáveis fora de casa b. Predictors: (Constant), norma subjetiva fora de casa, atitudes fora de casa											
Model Summary ^b											
	Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson					
	1	0,425	0,181	0,173	1,866	1,867					
Predictors: (Constant), norma subjetiva fora de casa, atitudes fora de casa Dependent Variable: Intenção de comer alimentos saudáveis fora de casa											
Coefficients ^a											
	Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics				
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF			
1	(Constant)	2,816	0,177		15,924	0,000					
	Atitude fora de casa	0,016	0,004	0,283	4,322	0,000	0,930	1,075			
	Norma subjetiva fora de casa	0,048	0,012	0,251	3,844	0,000	0,930	1,075			
a. Dependent Variable: Intenção de comer alimentos saudáveis fora de casa											