



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

RELAÇÃO ENTRE O COMPORTAMENTO ALIMENTAR E VARIÁVEIS MOTIVACIONAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Versão Final após Defesa Pública

Cátia Filipa Teixeira Rebelo

Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2.º ciclo de estudos)

Orientadora: Prof. ^a Doutora Sandra Carina Guimarães

Covilhã, julho de 2018

Dedicatória

Á minha família por sempre acreditar em mim.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, faço questão de agradecer aos meus pais por terem confiado e apostado em mim, mais uma vez, possibilitando-me o alcance deste grande objetivo pessoal, independentemente de qualquer obstáculo.

Agradeço Prof^a Doutora Sandra Carina Guimarães enquanto orientadora desta tese, pela disponibilidade, apoio, incentivo, correção. A ela um muito obrigada por toda a paciência e compreensão.

Ao meu irmão e ao Dimas que me ajudaram a “espairecer” nos momentos em que mais precisei e à restante família por sempre me terem apoiado e acreditado que seria capaz.

Aos amigos, por todos os bons momentos proporcionados, por todas as vezes em que abdicaram de outras coisas para estarem ‘ali’ comigo, pela paciência que tiveram e pela força que sempre me transmitiram.

À Universidade da Beira Interior e à Covilhã por todas as boas experiências aqui vividas, pelas pessoas conhecidas e pelas vitórias aqui conseguidas.

Resumo

A presente dissertação e projeto de investigação, em Psicologia Clínica e da Saúde, tem como principal objetivo explorar e descrever o comportamento alimentar (ingestão emocional, ingestão externa e restrição alimentar) de jovens do 5º e 9º ano de escolaridade e compreender a sua relação com variáveis motivacionais (autoeficácia alimentar e a perceção de competência). Deste modo, trata-se de um estudo não experimental, de carácter exploratório, descritivo e correlacional.

A amostra do presente estudo é composta por 342 alunos do 5º e 9º ano. Destes, 180 são de sexo masculino (52,6%) e 162 do sexo feminino (47,4%). No que diz respeito ao ano de escolaridade, 196 (57,3%) frequentam o 5º ano e 146 (42,7%) dos jovens frequentam o 9º ano.

Na recolha dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos: um Questionário sociodemográfico, o Questionário Holandês do Comportamento alimentar (Van Strien, Frijters, Bergers & Defares, 1986), Escala de Autoeficácia Alimentar Global (Poinhos, Canelas, Oliveira & Correia, 2013) e a Escala de Perceção de Competência (William Freedman & Deci (1998), adaptada por Mestre & Pais Ribeiro, 2008).

Da análise dos resultados salientam-se as diferenças na variável sexo nos alunos do 9º ano sendo as raparigas que adotam mais comportamentos de ingestão emocional relativamente aos rapazes; e as diferenças encontradas na variável ano de escolaridade sendo os alunos do 9º ano que apresentam mais hábitos alimentares de ingestão emocional e ingestão externa. Nas variáveis de motivacionais são os alunos do 5º ano que apresentam valores mais altos de perceção de autoeficácia e competência para uma alimentação saudável.

Esta investigação alerta-nos para a necessidade de promover a atividade física desde de cedo para que na fase da adolescência haja já hábitos consolidados que sejam apenas necessários manter. É igualmente importante promover a adoção de estilos e hábitos de vida saudáveis quer no seio familiar quer nas próprias instituições educativas, que constituem os responsáveis diretos pelo desenvolvimento e processo educativo e de socialização da criança e adolescente.

Palavras-chave: Comportamento Alimentar; Autoeficácia alimentar; Perceção de competência; Crianças e adolescentes

Abstract

The present dissertation and research project, in Clinical and Health Psychology, has as main objective to explore and describe the eating behavior (emotional ingestion, external intake and food restriction) of young people of the 5th and 9th year of schooling and understand their relationship with motivational variables (food self-efficacy and competence perception). Therefore, it is a non-experimental, exploratory, descriptive and correlational study.

The sample of the present study is made up of 342 students of the 5th and 9th grade. Of these, 180 were male (52.6%) and 162 were female (47.4%). With regard to the year of schooling, 196 (57.3%) attend the 5th year and 146 (42.7%) of the young people attend the 9th year.

In the collection of data, the following instruments were used: a sociodemographic questionnaire, Dutch Food Behavior Questionnaire alimentar (Van Strien, Frijters, Bergers & Defares, 1986), Global Food Self-efficacy Scale (Poinhos, Canelas, Oliveira & Correia, 2013) and the Competence Perceived Scale (William Freedman & Deci (1998), adaptada por Mestre & Pais Ribeiro, 2008).

The results on dietary behavior showed gender differences in 9th grade students, it is girls who are more involved in emotional eating behaviors. Already the differences found at the level of the years are the students of the 9th year that present eating habits of emotional ingestion and external intake. In the variables of motivation it was verified that the students of the 5th grade present higher results of self-efficacy and competence perception for healthy eating.

Regarding the variables of self-efficacy and competence perception, both levels are high in students in the 5th grade compared to 9th grade and female in comparison to the male.

Palavras-chave: Food Behavior; Food self-efficacy; Perceived competence; Children and adolescents

Índice

Capítulo I - Fundamentação Teórica	2
1. Comportamento alimentar.....	2
1.1. Comportamentos alimentares de ingestão externa.....	3
1.2. Comportamentos alimentares de ingestão emocional	3
1.3. Comportamentos alimentares de restrição alimentar.....	4
1.4. Comportamento alimentar das crianças e adolescentes.....	6
1.5. Comportamento alimentar em Portugal.....	9
2. Autorregulação	10
2.1. Autoeficácia.....	11
2.2. Perceção de competência.....	14
Capítulo II.....	17
Metodologia	17
2.1. Objetivos.....	17
2.2. Identificação das variáveis.....	18
2.3. Participantes.....	18
2.4. Instrumentos.....	19
2.4.1 Questionário Holandês do Comportamento Alimentar	19
2.4.2. Escala de Autoeficácia Alimentar Global	20
2.4.3. Escala de Perceção de Competência	20
2.5. Procedimento.....	20
Capítulo III	22
Resultados	22
3.1. Diferenças estatísticas entre grupos.....	22
3.1.1. Comportamento alimentar em função do sexo	22
3.1.2. Comportamento alimentar em função do ano de escolaridade	24
3.1.3. Perceção de autoeficácia alimentar e sexo.....	25
3.1.4. Perceção de autoeficácia alimentar e escolaridade	26
3.1.5. Perceção de competência e sexo	26
3.1.6. Perceção competência e escolaridade	27
3.2. Análise correlacional.....	28
3.2.1. Análise correlacional entre comportamento alimentar e autoeficácia	28

3.2.2. Análise correlacional entre comportamento alimentar e percepção competência.....	28
Capítulo IV. Discussão dos resultados	30
Capítulo V. Considerações finais	33
Referências bibliográficas	35

Lista de Tabelas

- Tabela 1: Distribuição dos participantes relativamente ao sexo e ano de escolaridade
- Tabela 2: Análise descritiva da média e desvio padrão em cada escala do QHCA, em função do sexo dos participantes
- Tabela 3: Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias das escalas alimentares do QHCA entre o sexo nos alunos do 5º ano (N=196)
- Tabela 4: Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias das escalas alimentares do QHCA entre o género nos alunos do 9º ano (N=146)
- Tabela 5: Análise descritiva da média e desvio padrão em cada escala do QHCA, em função da escolaridade dos participantes
- Tabela 6: Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias das escalas alimentares do QHCA entre a escolaridade (N=340)
- Tabela 7: Análise descritiva da média e desvio padrão da Autoeficácia, em função do género dos participantes
- Tabela 8: Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias da Autoeficácia entre o género dos alunos do 5º e 9º ano
- Tabela 9: Análise descritiva da média e desvio padrão da Autoeficácia, em função da escolaridade dos participantes
- Tabela 10: Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias da Autoeficácia entre a escolaridade dos participantes
- Tabela 11: Análise descritiva da média e desvio padrão da Perceção de Competência, em função do género dos participantes
- Tabela 12: Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias da Perceção de Competência entre o género dos alunos do 5º e 9º ano
- Tabela 13: Análise descritiva da média e desvio padrão da Perceção de Competência, em função da escolaridade dos participantes
- Tabela 14: Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias da Perceção de Competência entre a escolaridade dos participantes
- Tabela 15: Tabela referente à correlação de pearson entre autoeficácia e ingestão emocional, restrição alimentar e ingestão externa
- Tabela 16: Tabela referente à correlação de pearson entre a perceção de competência e ingestão emocional, restrição alimentar e ingestão externa

Lista de Acrónimos

QEBQ	Questionário Holandês do Comportamento Alimentar
EAEAG	Escala de Autoeficácia Alimentar Global
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
DP	Desvio-Padrão
N	número de participantes
P	valor de probabilidade

Introdução

O estudo do comportamento alimentar possui uma grande importância na área de prevenção e promoção da saúde dado a sua associação a determinadas doenças, nomeadamente a diabetes e a obesidade. Com efeito, o excesso de peso e a obesidade em idade pediátrica são reconhecidamente fatores de risco de maior morbilidade e mortalidade na vida adulta, com consequências sobretudo na saúde cardiovascular, sistema endócrino e saúde mental. É também importante referir que, de acordo com a Direção Geral de Saúde (2016), os jovens portugueses, à semelhança do que está a acontecer em todo o mundo, têm adotado maus hábitos alimentares, o que reforça a necessidade de compreender o comportamento alimentar. Na compreensão deste fenómeno a literatura tem ainda realçado a autoeficácia alimentar e a perceção de competência como bons preditores de comportamentos de saúde, quer ao nível da mudança de comportamento quer na manutenção do mesmo.

Na sequência do referido, a presente investigação pretende estudar a relação entre comportamento alimentar, autoeficácia alimentar e perceção de competência, com intuito de se obter uma maior compreensão do fenómeno, para que possam ser realizados programas de promoção da saúde e prevenção da doença. O presente trabalho tem então como objetivo explorar e descrever o comportamento alimentar de jovens do 5º e 9º ano de escolaridade e sua relação com as variáveis motivacionais, autoeficácia e perceção de competência e está organizado em quatro capítulos. No capítulo I, intitulado Fundamentação teórica, realizamos um breve enquadramento teórico das variáveis em estudo. No que concerne ao capítulo II, nomeado de Metodologia, descrevemos o processo metodológico, nomeadamente a descrição do tipo de investigação, objetivos, amostra e procedimentos. Já no capítulo III são expostos os resultados obtidos com recurso a análise estatística e no capítulo IV são discutidos esses mesmos resultados e é feita a sua confrontação com outros resultados de outros autores de acordo com a literatura na área. Por último, o capítulo V denominado de Considerações Finais são feitas algumas considerações sobre os dados obtidos e referidas as limitações do estudo e indicações para investigações futuras.

Capítulo I - Fundamentação Teórica

1. Comportamento alimentar

A alimentação é um dos fatores fundamentais para a promoção da saúde. As práticas do comportamento alimentar estão atualmente associadas a determinadas doenças tais como a diabetes e a obesidade, desta forma torna-se necessário compreender o comportamento alimentar de forma a promover medidas de educação para a saúde mais eficazes e de melhorar os hábitos e os comportamentos alimentares dos jovens (Leitão, Pimenta, Bernardino, Ferreira, & Leal, 2013; Ramos, & Stein, 2000).

O comportamento alimentar pode ser definido como o ato que envolve a ingestão de alimentos, bem como todos os aspetos psicossociais relacionados com a seleção dos alimentos que pretende consumir (Viana, 2002; Viana & Sinde, 2003; Viana & Sinde 2006).

No que concerne aos fatores que parecem estar relacionados com as escolhas e comportamentos alimentares, Randall e Sanjur (1981 cit. por Leitão, et al., 2013) salientam as características do indivíduo (e.g. idade, sexo, habilitações académicas, rendimento, conhecimentos de nutrição, competências para cozinhar, atitudes em relação à saúde e o papel dessas crenças). Outras variáveis relevantes prendem-se com as características dos alimentos e as características do ambiente (e.g. estação do ano, emprego, mobilidade, grau de urbanização, tamanho da casa e família) (Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, 2008). Para Bellisle (2009) os fatores que parecem ser os mais determinantes são os psicológicos, nomeadamente as dimensões da emoção, quando o indivíduo come em situações que lhe provocam sensações de alegria ou tristeza; ou de externalidade, quando o indivíduo tem vulnerabilidade para comer em resposta a certos estímulos ambientais. Já Viana, Canelas, Rego e Silva (2009), apontam outros fatores, alguns já referenciados anteriormente, como os fatores biológicos, económicos, sociais, familiares, psicológicos e emocionais.

É na infância que os hábitos alimentares se formam acabando por na maioria dos indivíduos ser mantido na vida adulta, por isso, é necessário que se entenda quais os seus fatores determinantes para que se possa propor processos educativos eficazes para a mudança do comportamento alimentar nas crianças, para se prevenir o surgimento de doenças (Ramos & Stein, 2000).

São três as teorias que literatura refere para explicar o comportamento alimentar: a teoria psicossomática, a teoria da externalidade e a teoria da restrição.

1.1. Comportamentos alimentares de ingestão externa

A Teoria da externalidade defende a existência de uma alimentação externa, ou seja, é quando o indivíduo tem o hábito de consumir um tipo de alimentos devido às características externas dos mesmos (Dupont, 2015).

Os fatores determinantes deste estilo alimentar prendem-se com as preferências alimentares reguladas a nível externo e da relação das diferenças individuais no seu sistema de recompensas e no controlo das respostas cognitivas face aos estímulos (Leitão, et al., 2013). Ao nível do estilo alimentar o fator das diferenças individuais é o que melhor explica o modo como o indivíduo reage aos alimentos, estas diferenças também permitem explicar os casos de obesidade. Assim, o contacto ocular com um alimento com alto teor de gordura, associado a existência de mudanças ao nível motivacional, fará com que o indivíduo na sua escolha atribua um menor valor a saciedade ou a fome em prol das características do alimento (Schachter & Rodin, 1974).

A alimentação externa origina comportamentos alimentares de consumo superior às reais necessidades, que conseqüentemente poderá vir a contribuir para o aumento de peso significativo bem com o desenvolvimento da obesidade. Este padrão de comportamento alimentar é perceptível em indivíduos com excesso de peso. Tal comportamento parece estar ligado à restrição alimentar a que se sujeitam, com o intuito de diminuir o seu peso, não satisfazendo as suas necessidades, acabam por apresentar maiores vulnerabilidades aos estímulos alimentares (Dupont, 2015; Leitão, et al., 2013). Outros autores também apontam a existência de dificuldades no controlo das respostas cognitivas aos estímulos alimentares e uma maior vulnerabilidade às recompensas imediatas, defendem ainda a existência de um traço impulsivo como explicativo (Hou, Mogg, Bradley, Moss-Morris, Peveler, Roefs, 2011). Desta forma, considera-se que, as características sensoriais dos alimentos que parecem estar relacionadas com a alimentação externa são o cheiro, proximidade, aparência, cor, forma, tamanho, variedade e a visibilidade (Wadhera & Capaldi-Philips, 2013; Dupont, 2015).

Os indivíduos com excesso de peso parecem dirigir mais atenção a estímulos relacionados com alimentos, em comparação com indivíduos de peso normal (Nijs, Muris, Euser & Franken, 2009).

1.2. Comportamentos alimentares de ingestão emocional

Anteriormente já foi abordada a influência das emoções na escolha dos alimentos e de como estes são utilizados para compensar estados de humor negativos, existindo assim um efeito bilateral. Assim, perante situações stressantes ou de angústia o indivíduo tente a comer para compensar, verificou-se que após o episódio de ingestão emocional e da a satisfação das necessidades alimentares, ocorrem mudanças a nível fisiológico e do humor, os indivíduos

experienciam uma redução do desconforto, uma vez que a comida funciona como fator regulador do estado emocional vivenciado. Porém no momento em que o indivíduo experiencia emoções negativas entra no período no qual existe uma maior procura de alimentos (Macht, Haupt & Salewsky, 2004; Vieira, 2014).

Na relação entre o humor e a escolha alimentar, há a possibilidade da existência da consequência de um reforço, podendo estar relacionado com a diminuição do estado emocional negativo, através da saciedade, ou com o aumento do estado emocional positivo, sendo exemplo disso o prazer retirado dos alimentos quer seja pelo seu valor nutricional quer seja pelo seu sabor. Salienta-se a importância das diferenças individuais na escolha dos alimentos em função de cada estado de humor (Gibson, 2006).

Este comportamento alimentar que se traduz pela ingestão de quantidades excessivas de alimentos é possível verificar-se com mais frequência em pessoas que sofrem de perturbações relacionadas com o comportamento alimentar (nomeadamente, bulimia nervosa ou perturbação de ingestão compulsiva). Os fatores predisponentes que podem desempenhar um papel crucial no aparecimento e desenvolvimento deste estilo alimentar prendem-se com características da personalidade, nomeadamente o neuroticismo, o desenvolvimento de uma vinculação insegura com a entidade materna (Rebelo & Leal, 2007; Leitão, et al., 2013; Miguel, 2015).

Cecil e colaboradores (2005) numa investigação concluíram que as crianças mais novas serão mais capazes de ajustar a ingestão calórica após uma refeição prévia, referem ainda que esta capacidade irá diminuindo ao longo do crescimento em função dos condicionamentos do meio, destacando-se assim uma maior influência do contexto social, nomeadamente dos pares nos adolescentes.

Segundo um estudo realizado por Raposo, Teixeira, Pinto, Pereira, Fernandes & Pinto (2014) verificou-se que são as raparigas que apresentam níveis mais elevados de ingestão emocional, devido a dificuldade de regulação das emoções e por se sentirem mais pressionadas pelos padrões da imagem corporal na sociedade. Salienta-se ainda que os jovens do sexo feminino apresentam um comportamento alimentar possivelmente desencadeado de distúrbios alimentares.

1.3. Comportamentos alimentares de restrição alimentar

A Teoria da restrição alimentar refere-se ao esforço que a pessoa exerce, regularmente, para controlar o seu apetite e a ingestão de alimentos conscientemente, preocupando-se na elaboração e concretização de dietas, com o intuito de prevenir o ganho de peso ou promover a sua perda (Timmerman & Gregg, 2003; Markowitz, Butryn & Lowe, 2008; Leitão, et al., 2013).

Este comportamento alimentar parece ser mais adotado por pessoas que sofrem de obesidade, devido a alguns fatores, nomeadamente à insatisfação com o seu próprio corpo, ao nível do aspeto e do peso. Assim estes indivíduos por estarem insatisfeitos com a sua imagem

corporal, definem planos de dieta restritos com o objetivo de exercerem maior controle na ingestão, apresentando um maior cuidado na seleção dos alimentos que ingerem e uma resistência a outros alimentos que acabam por retirar da sua dieta (Viana, 2002; Miguel, 2015).

As pessoas que têm este comportamento alimentar, têm uma constante preocupação com o que comem, e exercem controle nos seus desejos e no que acabam por comer, devido a motivação para atingir os seus objetivos (Miguel, 2015). No entanto existem determinantes que poderão estar na causa da perda de controle da ingestão alimentar, nomeadamente fatores externos (ver e cheirar comida, bem como presenciar alguém a comer) e fatores emocionais (ansiedade, depressão, stress) (Wallis & Hetherington, 2004).

Os estados negativos de humor funcionam como desinibidores do consumo de alimentos que anteriormente foram excluídos da dieta. Assim um indivíduo com este estilo alimentar, mediante estados emocionais negativos, irá por apresentar um consumo de alimentos excessivo, podendo conseqüentemente haver um aumento de peso (Herman & Polivy, 1980).

Tendo em consideração a interferência dos fatores supracitados podem-se destacar dois tipos de restrição, nomeadamente a restrição eficaz onde o controle alimentar é rígido, não ocorrem consumos elevados de alimentos, nem de alimentos proibidos e a restrição flexível na qual o controle alimentar é flexível, o indivíduo perante um estado de humor negativo cede à necessidade de compensar com recurso a um alimento prazedor, quer pelo seu gosto que pela representação afetiva que este lhe transmita (Yeomans & Coughlan, 2009; Vieira, 2014).

O comportamento alimentar de restrição flexível, não parece um comportamento de restrição alimentar, mas sim uma intenção restritiva, neste sentido Larsen, Van Strein, Eisinga, Herman e Engels (2007) tentaram perceber o porque de alguns indivíduos que embora demonstrassem uma intenção restritiva da alimentação, acabassem por ter consumos excessivos. Neste sentido foi feito o estudo com indivíduos com excesso de peso, pôde-se verificar que os indivíduos apresentavam intenções de restrição alimentar, no entanto poderá haver fatores de competência regulatórias que influenciam a prática do comportamento restrito, sendo estes: falhas no planeamento, baixa autoeficácia, baixa percepção de competência.

A insatisfação corporal do indivíduo e a própria pressão da sociedade para o corpo magro, poderá ser o fator de motivação para intenção de restrição do comportamento alimentar (Bernardi, Clchelero e Vitol, 2005). No entanto outros fatores sociais parecem contribuir de forma negativa para o controle do comportamento alimentar restrito, quando o indivíduo tem contacto próximo com os alimentos restringidos da dieta, sendo exemplo disso a disponibilidade desses alimentos nos diversos contextos e pela publicidade. O valor chamativo destes produtos faz com que seja mais difícil evitar o seu consumo, assim é frequente o consumo de alimentos com alto teor de gordura (Polivy, Herman & Coelho, 2008).

Segundo Viana e Sinde (2003), os indivíduos com excesso de peso apresentam valores mais elevados de restrição alimentar comparativamente com indivíduos com peso normal. Assim, estes indivíduos apresentam uma maior sensibilidade aos estímulos externos, mais precisamente às características dos alimentos, o que se justifica devido a falta da satisfação das necessidades. Os indivíduos com excesso de peso com maiores níveis de restrição eram mais eficazes no controlo do peso e apresentavam uma menor alimentação descontrolada e emocional em comparação com os indivíduos com excesso de peso com menores níveis de restrição, ou com restrição flexível (Konttinen, Haukkala, Sarlio-Lähteenkorva, Silventoinen & Jousilahti, 2009).

Os comportamentos de restrição estão mais presentes nas mulheres que nos homens, esta prevalência é uma consequência da norma social que valoriza o ideal da magreza na mulher (Dupont, 2015).

Nos últimos anos diversos estudos sobre atitudes relacionadas com a alimentação em crianças, de idades entre os 9 e 12 anos, confirmam que uma grande percentagem delas vive insatisfeita com o seu corpo e deseja ser magra. Algumas já tinham tentado perder peso com recurso a dietas restritivas e algumas, mais as raparigas do que os rapazes, apresentavam sintomas que se classificam como expressivos de anorexia nervosa (Hill & Robinson, 1991; Killen et al., 1994; Sasson, Lewin, & Roth, 1995). Também Calderon, Yu e Jambazian (2004) verificaram que a restrição alimentar está presente nos mais jovens, sendo que 41,3% dos adolescentes já adotaram comportamentos de redução de comida com intuito de controlar o peso, cerca 15% destes, terão iniciado o controlo alimentar antes dos onze anos e os restantes na faixa etária da pré-adolescência. Este estilo alimentar é mais adotado pelos adolescentes do sexo feminino quer pela dificuldade de regulação das emoções, quer pelo facto de se sentirem mais pressionadas pelos padrões da imagem corporal na sociedade (Raposo, et al., 2014; Walther & Hilbert, 2016).

1.4. Comportamento alimentar das crianças e adolescentes

A adolescência é um dos períodos mais desafiadores no desenvolvimento humano, devido às alterações que ocorrem a diferentes níveis tendo como consequência repentinas mudanças na perceção do eu, da imagem corporal e do surgimento de diferentes necessidades nutricionais. Nesta fase de desenvolvimento os jovens sentem maior necessidade de se sentirem semelhantes e apreciados pelos seus pares, levando em alguns casos à comparação do peso e a adotarem comportamentos alimentares idênticos (Shulenberg, Maggs & Hurrelman, 1997).

O estilo alimentar tem aspetos genéticos e componentes apreendidos no ambiente familiar, num estudo longitudinal com crianças dos 5 aos 13 anos, verificou-se que as raparigas que tinham ambos os pais obesos apresentavam níveis e desenvolvimento mais elevado de desinibição alimentar e do estatuto de peso (Francis, Ventura, Marini, & Birch, 2007).

A imagem corporal é um dos fatores mais relevantes nesta fase de desenvolvimento e é a principal motivação para os jovens modificarem ou adotarem outro estilo ou comportamento alimentar. Numa investigação, sobre as relações entre imagem corporal e comportamento alimentar em raparigas dos 12 aos 23 anos, conclui-se que 67% estavam desiludidas com o seu peso e 54% estavam insatisfeitas com as formas do corpo. Destas adolescentes 30% eram bulímicas e 38% faziam dieta restritiva. Outro estudo com rapazes permitiu constatar que as preocupações com o corpo se prendiam com a aquisição de maior massa muscular no peito e redução da massa gorda no abdómen, verificando-se episódios de ingestão alimentar compulsiva (Drewnowski, 1994).

Também os investigadores como Drewnowski e Yee (1987) e Hsu (1989, 1990) concluíram que as raparigas (63%) encontravam-se mais direcionadas do que os rapazes (16%) para perderem peso, através de exercício ou reduzindo a ingestão de calorias; os rapazes estavam mais empenhados na tentativa de ganhar peso do que as raparigas (28% vs. 9%) (Rosen & Cross, 1987).

A preocupação com a imagem corporal é maior no género feminino devido à pressão social sobre a magreza ser diferente entre os géneros, Mickalide (1990) verificou que as revistas femininas têm dez vezes mais conteúdos relacionados com dietas comparativamente às revistas masculinas

Através da investigação de Silva, 2012 contactou-se que 19,6% das raparigas da amostra afirma preocupar-se muitas vezes; muitíssimas vezes; sempre com o desejo de ser magra, por oposição com 17,8% da amostra de jovens adultas. Igualmente, 28,3% dos jovens da amostra refere preocupar-se com a gordura no corpo (muitas; muitíssimas; sempre) por oposição com 21,9% da amostra de jovens adultas. Também, 31,5% dos jovens da amostra refere controlar-se em relação à comida (muitas; muitíssimas; sempre) por oposição com 25,5% da amostra de jovens adultas.

Os adolescentes tendem a associar a comida a um conjunto de situações com diferentes significados emocionais. Assim os legumes cozidos, saladas e alimentos por eles classificados como saudáveis, são associados às refeições com os pais, existindo um maior autocontrolo. O fast-food”, comida de baixo valor nutricional e com elevado teor calórico é definida por este grupo como não-saudável e é associada a refeições com os amigos. Este passa a ser um comportamento alimentar utilizado pelos adolescentes mais velhos (Chapman e MacLean (1993).

Os jovens de ambos os sexos tendem a ingerir alimentos pobres do ponto de vista nutricional, com excesso de gordura, de sódio e de açúcar e deficitários em fibras, vitaminas, cálcio, magnésio, fósforo, ferro e outros minerais (Moreira & Peres, 1996; Rees, 1992). No entanto existem diferenças ao nível do género na seleção e ingestão dos alimentos, as raparigas ingerem menos quantidade de alimentos e com menor teor calórico do que os consumidos pelos rapazes (Johnson, Johnson, Wang, Smiciklas-Wright, & Guthrie, 1994).

Os adolescentes de cada grupo comeram menos do que as cinco porções diárias de frutas (média 1,89) e legumes (média 1,86) e mais gordura dietética (média 12,73) do que se recomendava. Essas descobertas são consistentes com padrões relatados de consumo inadequado

de frutas e vegetais e consumo excessivo de gordura de jovens em todo o mundo (Long & Stevens, 2004).

Nos hábitos alimentares dos adolescentes, para além do consumo elevado de gorduras é específico o saltar do pequeno-almoço, a ingestão de aperitivos (alimentos calóricos) e o baixo consumo de frutas e vegetais. Segundo a investigação de Silva, 2012 a maioria dos jovens toma todos os dias o pequeno almoço (rapazes, 90,3% e raparigas 90,2%); a maioria dos jovens, de ambos os sexos, ingere fast food diariamente ou semanalmente (rapazes 90,3% e raparigas 87,0%, respetivamente).

Num estudo conduzido por Rodrigues, Carvalho, Gonçalves & Carvalho (2006) com jovens do 2º e 3º ciclo do ensino básico e secundário da Região do Douro, com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, constatou que 94,3% dos jovens responderam ser o pequeno-almoço a primeira refeição do dia. No que concerne as principais refeições que são feitas diariamente são o Pequeno-almoço (85,6%), o Almoço (90,1%) e o Jantar (88,6%). Em relação ao tipo de alimentos consumidos, constatou-se que 23,6% dos inquiridos consomem legumes, 45,7% consome fruta e 73,3% consome leite. O consumo diário de doces 16,5% e refrigerantes 27% é feito. Também neste estudo se verificou que são os rapazes que ingerem refrigerantes com maior frequência.

Um ano mais tarde, Rodrigues, Carvalho, Gonçalves & Albuquerque (2007) desenvolveram uma nova investigação nos distritos de Viseu e Vila Real, na qual verificaram que 93,5% dos inquiridos tomavam todos os dias o Pequeno-Almoço, 95,2% o Almoço e 95,6% o Jantar. Quanto à ingestão de legumes 52,1% afirmou que o fazia diariamente, 69,4% admitiu que consumia fruta e 83,5% ingeria leite. O consumo diário de doces 37,1% e de refrigerantes 48,7%, sendo que são os rapazes que ingerem com maior frequência refrigerantes do que as raparigas.

Num outro estudo com adolescentes de Lisboa com idades compreendidas entre os 12 e 19 anos, Cruz, Martins, Dantas, Silveira & Guiomar (2003), verificaram que 16% dos adolescentes não tomam pequeno-almoço, existe um consumo significativo de doces, dado que, mais de 30% comem bolos a meio da manhã e a proporção de adolescentes com uma ingestão diária de certos alimentos como guloseimas é de 44%, bolos 43%, refrigerantes 29% chocolates e gelados 16%. Os autores do estudo destacam ainda, a baixa frequência de ingestão diária de fruta e legumes, principalmente nos adolescentes de nível socioeconómico mais baixo.

O Health Behavior in School-aged Children (HBSC) é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde (OMS), que pretende estudar os estilos de vida dos adolescentes ao longo do tempo, foi aplicado em 44 países participantes, entre os quais Portugal. Constatou-se que são as raparigas e os jovens com 11 anos os que consomem mais frequentemente fruta por oposição aos rapazes e os mais velhos. No que concerne o consumo dos legumes são as raparigas e os jovens com 15 anos que consomem mais frequentemente. São os rapazes e os jovens com 15 anos os que consomem mais refrigerantes. São os rapazes e os jovens com 15 anos que consomem mais frequentemente hambúrgueres, cachorros quentes e salsichas; as raparigas e os jovens do grupo

de 15 anos consomem mais doces e chocolates. Já os jovens de 11 anos preferem consumir menos frequentemente doces e chocolates. (Matos et al., 2003). As raparigas consomem mais frutas e vegetais do que os rapazes. Quanto à idade, são os jovens com 11 anos que consomem mais vezes frutas e vegetais e os mais velhos consomem refrigerantes.

1.5. Comportamento alimentar em Portugal

O nosso país tem uma tradição ligada à alimentação mediterrânica, reconhecida como protetora de muitas doenças que constituem hoje o principal padrão de morbidade e mortalidade no chamado mundo civilizado. No entanto, segundo Loureiro (2004), a população Portuguesa, tem vindo a abandonar essa tradição, a adquirir novos hábitos alimentares e, conseqüentemente, a modificar também o seu padrão de saúde.

Os jovens portugueses, à semelhança do que está a acontecer em todo o mundo, têm adotado maus hábitos de alimentação encontrando-se, cada vez mais, em vias de extinção importantes características da saudável dieta mediterrânica enraizada nalgumas regiões de Portugal (Direcção Geral da Saúde, 2002). Em Portugal cerca de 30% das crianças entre os 7 e os 12 anos são consideradas como tendo excesso de peso ou obesidade (EU Platform on Diet, Physical Activity and Health, 2005).

Dados do relatório Health Behaviour in School-aged Children (2006) mostram que entre os 11 e os 15 anos, mais de 1/3 dos jovens portugueses consomem refrigerantes todos os dias e que entre 20% a 28% comem doces todos os dias. Por outro lado, apenas 18% comem legumes diariamente.

Segundo George (2014), nos últimos anos em Portugal tem havido uma constante insistência para uma mudança ao nível das práticas alimentares. Visa-se promover uma alimentação mais saudável, consumindo habitualmente mais frutas e legumes do que gorduras, açúcares, sal e bebidas alcoólicas, com intuito de promover a saúde e prevenir doenças. Defende que a necessidade de implementação de programas de informação alimentar nas escolas, pois é nesta faixa etária em que é possível obter uma maior mudança do comportamento alimentar e de esta mudança ser mais duradoura.

A Direcção Geral de Saúde, através do programa “Portugal - Alimentação Saudável em Números 2015” verificou que houve uma estagnação do crescimento da obesidade e do aumento de peso corporal, registado pelas crianças portuguesas. No entanto, comparativamente com a média europeia, os resultados continuam a se encontrar acima da média, sendo que 31,6% das crianças portuguesas encontram-se em excesso de peso.

2. Autorregulação

A Autorregulação pode ser entendida com um sistema motivacional e dinâmico de estabelecimento de objetivos, desenvolvimento e implementação dos mesmos, avaliação dos progressos e revisão dos objetivos e estratégias, mas também como um manejo de respostas emocionais que são importantes na motivação do indivíduo, estando presentes na criação dos objetivos. Assim, a autorregulação refere-se aos vários processos através dos quais a mente humana exerce controlo sobre as suas funções, os seus estados e os seus processos internos, ou seja, consiste nos esforços conscientes feitos para tentar controlar o pensamento, comportamento e emoções com intuito de conseguir atingir os seus objetivos (Gaspar, Tomé, Simões & Matos, s/d).

A motivação é um determinante baseado na Teoria da Autodeterminação, que distingue entre motivação autônoma e motivação controlada. A primeira é origem de si mesma, englobando uma crença pessoal de que um comportamento é importante, porém a segunda resulta de influências externas, pelas variáveis socioculturais ou as circunstâncias ambientais. Torna-se fulcral a compreensão dos fatores motivacionais para poderem auxiliar os médicos que têm como objetivo promover comportamentos saudáveis em seus pacientes. Intervenções baseadas na motivação, podem então ser empregadas para promover a mudança de comportamento, com o potencial de levar à perda de peso (Mokhtari, Grace, Pak, Reina, Durand & Yee, 2017).

A autorregulação e o autocontrolo são determinantes para desenvolvimento de melhores comportamentos de saúde, assim pessoas com elevado autocontrolo e com autorregulação do comportamento apresentam um menor uso de substâncias e de álcool e melhor avaliação da saúde. Nas crianças e adolescentes a autorregulação também se apresenta como um fator crucial no comportamento alimentar e nas estratégias de regulação emocional e para lidarem com os outros fatores socioculturais. Ainda assim o estabelecimento de objetivos, de manutenção de saúde são diferentes dos adultos devido ao facto das doenças nesta faixa etária serem raras (Gaspar, et al., s/d).

Uma das componentes da autorregulação é a regulação emocional que corresponde por um lado à capacidade de identificar, compreender e aceitar experiências emocionais e por outro à capacidade de controlar comportamentos impulsivos em condições de stress e adequar as respostas emocionais às diferentes situações. As dificuldades de regulação emocional surgem ao longo de diferentes fases da vida, mas têm uma particular relevância na adolescência, onde se verifica um aumento de sentimentos negativos. Quando os jovens não conseguem regular as emoções pode levar a um comportamento alimentar desadequado, verificou-se relação entre as dificuldades de regulação emocional e os comportamentos de ingestão emocional e bulimia, e as atitudes de procura da magreza e insatisfação corporal (Gouveia, Canavarro & Moreira, 2017).

A percepção do controlo comportamental, autoeficácia e a percepção de competência são outras componentes da autorregulação que têm sido usadas para estudar a intenção e o comportamento alimentar saudável entre adolescentes e têm revelado um papel significativo na previsão de uma alimentação saudável (Chan, NG & Prendergast, 2014).

2.1. Autoeficácia

O conceito de autoeficácia foi desenvolvido por Albert Bandura, inicialmente este construto foi desenvolvido no âmbito da Teoria da aprendizagem social (Neves & Faria, 2009; Bandura, 1997; Faria & Simões, 2014). Esta teoria visa explicar e prever o comportamento humano, tendo em conta o determinismo recíproco, que enfatiza interações contínuas entre cognições, emoções, comportamentos e o meio ambiente (Bandura, 1977; Faria & Simões, 2002; Poínhos, Canelas, Oliveira & Correia, 2013). No seu estudo do comportamento humano Bandura, verificou que os indivíduos apresentam a capacidade de controlo sobre o seu comportamento através dos mecanismos de autorreflexão e da autorregulação (Faria & Simões, 2002).

A autoeficácia, pode ser definida como “o julgamento das pessoas sobre as suas capacidades em organizar e executar um conjunto de ação necessários para obter determinado tipo de realização,” (Bandura, 1986, p. 391 citado por Amaral, 1993). Assim entende-se que se trata da capacidade percebida de organização e de realização de comportamentos específicos planeados com intuito de obter determinado resultado ou objetivo perante circunstâncias variáveis (cognitivas, pessoais, sociais e ambientais), mesmo quando confrontado com desafios (Fonseca, 2009; Luszczynska, Gutiérrez-Doña & Schwarzer, 2005; Mohebi, Azadbakht, Feizi, Sharifirad & Kargar, 2013; Neves & Faria, 2007; Poínhos, Canelas, Oliveira & Correia, 2013; Zimmerman, 2000).

Salienta-se que a autoeficácia corresponde apenas ao julgamento e confiança que o indivíduo faz acerca das suas capacidades de gerir determinados comportamentos em situações desafiadoras e não corresponde às reais competências que o indivíduo possui na realidade (Luszczynska & Schwarzer, 2005; Poínhos, Canelas, Oliveira & Correia, 2013; Strecher, DeVellis, Becker & Rosenstock, 1986). A autoeficácia está associada a aquisição de novos comportamentos, inibição ou desinibição de comportamentos já existentes, bem como as motivações para atingir um determinado objetivo ou uma mudança (Castro, 2007; Amaral, 1993; Strecher, DeVellis, Becker & Rosenstock, 1986).

Segundo Bandura (1986), a autoeficácia é influenciada por quatro fatores fundamentais:

1. Experiências de êxito e de insucesso, ou seja, as experiências bem sucedidas tendem a contribuir positivamente para o aumento da avaliação de autoeficácia, já as experiências de insucesso tende a contribuir para uma avaliação negativa ;
2. Experiências vicariantes, ou seja, os sucessos obtidos pelos outros contribuem para o aumento da autoeficácia dos indivíduos que observam;
3. Persuasão social, refere-se às críticas ou avaliações das pessoas, foi identificado como um fator determinante para o desenvolvimento da autoeficácia, quando as críticas são positivas verifica-se um aumento da autoeficácia percebida, já as críticas negativas influenciam o indivíduo para um julgamento negativo das suas capacidades de gerir o comportamento, como tendo poucas aptidões. Assim, o incentivo das pessoas próximas, a aprendizagem através da observação de modelos e a experimentação de vivências positivas constituem-se como determinantes fundamentais na manutenção de comportamentos ;
- e por último 4. Estados emocionais e fisiológicos, as emoções

apresentam um papel fulcral na autoeficácia percebida, indivíduos com emoções positivas resultantes dos seus sucessos tendem a ter uma melhor autoeficácia percebida (Amaral, 1993; Azevedo, 2012; Costa, Araújo & Almeida, 2014; Simões, 2013).

Os indivíduos com um elevado nível de autoeficácia apresentam maior propensão de enfrentar mais desafios, despendem mais esforço para atingir os objetivos pretendidos e apresentam uma maior resistência quando confrontados com estímulos adversos, ou seja, tendem a estabelecer objetivos classificados como mais elevados, comparativamente a outros com um nível de autoeficácia mais baixo. Assim, os indivíduos com um elevado nível de autoeficácia, perante a ocorrência de contratemplos, tendem a encontrar mais rapidamente outras formas alternativas para conseguirem atingir os objetivos pretendidos (Bandura, 1994; Luszczynska, Gutiérrez-Doña & Schwarzer, 2005; Simões, 2013).

Os pesquisadores documentaram os efeitos da autoeficácia numa variedade de comportamentos de promoção da saúde demonstrando que este construto é um bom preditor de comportamentos de saúde, influenciando de duas formas, através da adoção de comportamentos saudáveis, persistência de comportamentos positivos quando confrontados com dificuldades e a cessação de comportamentos não saudáveis, ou através dos processos biológicos e psicológicos relacionados com os comportamentos saudáveis. Foi aplicada em estudos com programas de educação para a saúde ao nível do tabagismo, sexualidade, alcoologia, exercício-físico e só mais recentemente na alimentação saudável (Abusabha & Achterberg, 1997; Bebetos, Zourzou, Bebetos & Costa, 2015; Long & Stevens, 2004; Poínhos, Canelas, Oliveira & Correia, 2013; Strecher, DeVellis, Becker & Rosenstock, 1986).

No estudo referente ao tabagismo, verificou-se que ao se reforçar a autoeficácia fez com que os sujeitos mudassem o seu comportamento, resultando na redução ou abandono do tabagismo (Strecher, et al., 1986).

No âmbito da sexualidade o programa foi desenvolvido com informação acerca dos métodos contraceptivos, pois visava-se fomentar a utilização de métodos contraceptivos em adolescentes, de modo a prevenir comportamentos de risco, quer ao nível da natalidade, quer ao nível das doenças sexualmente transmissíveis. Verificou-se que apresentaram melhorias de autoeficácia no controlo da natalidade e na prevenção dos riscos para a saúde (Strecher, et al. 1986).

No que concerne uma investigação acerca do comportamento alimentar, e da autoeficácia para o exercício físico, que incidiu sobre a comparação de um grupo de jovens de peso normal com um grupo de jovens obesos, constatou-se que não existiam diferenças acerca do conhecimento nutricional. No que respeita a autoeficácia para o exercício físico é menor em crianças com excesso de peso ou obesas, sendo mais relevante nos rapazes com excesso de peso, no entanto eram estas que estavam menos satisfeitas com os seus corpos e estão mais interessadas no controlo do peso. As crianças obesas apresentam dificuldade em adaptação psicossocial e percebem a capacidade

de realizar atividade física de forma mais negativa à medida que o grau de obesidade aumenta. Já os hábitos alimentares saudáveis, nomeadamente o pequeno almoço e o tamanho adequado das refeições, foram vistos como menos desejáveis em crianças com excesso de peso, dado que não tomavam o pequeno-almoço e faziam refeições com maior ingestão. Sugerem que para intervenção com crianças com excesso de peso os programas devem incluir tópicos da imagem corporal, satisfação corporal e métodos adequados de controlo de peso (Há, Lee, Kim, Seo, Sohn, Park & Kim, 2016).

Ao nível do comportamento alimentar a autoeficácia tem sido estudada com pacientes com diabetes e com pacientes obesos. No que concerne os primeiros parece haver uma relação direta entre a autoeficácia e o controlo dietético, sendo que é através da autoeficácia que se iniciam, mantem ou se abandonam as novas estratégias para lidar com a doença (Mohebi, Azadbakht, Feizi, Sharifirad & Kargar, 2013). No que concerne ao papel da autoeficácia no controlo do peso corporal, esta tem-se revelado um bom preditor (Alves, 2014; Poínhos, Canelas, Oliveira & Correia, 2013). A investigação científica tem demonstrado que a autoeficácia é um bom preditor de diversos comportamentos alimentares. No entanto, o estudo desta tem tido pouco destaque na literatura desenvolvida até à atualidade (Poínhos, Canelas, Oliveira & Correia, 2013; Strecher, DeVellis, Becker & Rosenstock, 1986; Viana, 2014). A investigação que pretendia averiguar a associação da autoeficácia alimentar na perda do peso corporal, verificou-se que quanto maior for a autoeficácia, maior a autoestima e mais peso perdiam as mulheres que faziam parte do estudo, comparativamente às mulheres que relatavam menor autoeficácia (Dennis e Goldberg, 1996). Assim constata-se que a autoeficácia está relacionada com outros construtos tais como autoconceito, autoestima e também com o locus de controlo interno (Luszcznska, et al, 2005; Poínhos, Canelas, Oliveira & Correia, 2013).

Algumas investigações têm estudado o papel da autoeficácia no comportamento alimentar geral ou mais específico, na promoção e aumento de ingestão de legumes e fruta. Torna-se uma mais valia a promoção de estratégias que enfatizem a promoção da autoeficácia e os benefícios com intuito de promover novos comportamentos mais saudáveis, sendo exemplo disso o aumento da ingestão de frutas e legumes (Yen, Shariff, Kandiah & Taib, 2014).

O modelo hipotético de comportamento alimentar indica que os adolescentes precisam de autoeficácia suficiente para fazerem escolhas saudáveis e estarem dispostos e capazes de executar uma variedade de circunstâncias antes de gerar uma mudança no comportamento alimentar (Bandura, 1997).

Segundo a investigação de Long e Stevens (2004) os alunos do grupo de intervenção, os quais foram expostos a um programa de educação nutricional, apresentaram níveis mais elevados de autoeficácia para uma alimentação saudável, traduzindo-se assim por um maior conhecimento dietético e também pelas escolhas alimentares mais saudáveis. Os resultados do estudo apoiam a

associação positiva entre a autoeficácia e a alimentação saudável, remetendo para o papel mediador da autoeficácia no comportamento alimentar e da importância do mesmo para a prevenção da obesidade infantojuvenil e adulta.

Pesquisas sobre a autoeficácia mostram que existe uma relação direta na manutenção de atitudes positivas em relação à alimentação saudável, assim quanto maior for a percepção de autoeficácia para uma alimentação saudável maior é a intenção de adotar hábitos alimentares mais saudáveis. As raparigas apresentam maiores intenções positivas sobre a adoção de uma alimentação mais saudável e de manutenção destes hábitos no futuro próximo, verificou-se que um dos fatores para esta motivação é a preocupação com a aparência e o esforço de manter o peso em níveis baixos (Bebetsos, et al., 2015).

Níveis baixos de autoeficácia parecem estar associados à ingestão de alimentos com alto teor de gorduras e à ingestão em grandes quantidades, levando conseqüentemente ao aumento de peso, já os níveis elevados de autoeficácia parecem estar associados a perda de peso a longo prazo no tratamento de obesidade (Glasofer, Haaga, Hannallah, Field, Kozlosky, Reynolds, Yanosvki & Tanofsky-Kraff, 2013).

2.2. Percepção de competência

A competência define-se, como a capacidade que um organismo possui e que permite que este interaja efetivamente com o meio que o rodeia, sendo que para esta interação parecem existir, indícios de uma interligação com a área da motivação. Através da existência de motivação em relação à competência dos indivíduos face ao seu contexto social e físico, estes encontravam-se com uma maior aptidão para se envolverem em tarefas que desafiassem as suas capacidades de domínio (White, 1959).

O sentimento de competência por parte de um indivíduo, está na base para a execução de um determinado comportamento, isto é, um sujeito age de determinada maneira consoante se sente competente ou não (Harter, 1978).

Os indivíduos motivados intrinsecamente baseiam as suas escolhas num sistema interno de auto recompensa, sendo capazes de definirem objetivos de mestria que surgem através das suas experiências passadas em que obtiveram conseqüências ou resultados positivos. Ao contrário, os indivíduos que manifestam uma motivação extrínseca, definem objetivos através das aprovações dos outros e dos reforços externos ao seu comportamento, percecionando a sua competência através destes (Harter, 1978; Ferreira, Fernandes & Vasconcelos-Raposo, 2007).

A percepção de competência parece estrar relacionada com a compreensão que um sujeito possuiu sobre si próprio, nomeadamente se tem ou não capacidades e competências para atingir

os seus objetivos e se tem ou não confiança e asseveração para se comprometer e realizar os comportamentos que serão necessários para atingir esse objetivo (Roberts, 2001). O indivíduo utiliza pontos referenciais no momento da avaliação da sua competência, podendo ser de três tipos distintos, em relação à sua capacidade de mestria real, ao seu passado e à sua trajetória e, ainda, tendo em conta as competências de realização de outros indivíduos. Assim, o indivíduo, ao avaliar a sua competência poderá basear a sua decisão nas normas absolutas (características das tarefas), nas normas intrapessoais (potencial do indivíduo) e nas normativas (desempenho de outros indivíduos) (Murayama, Elliot & Friedman, 2012).

Em suma, o desenvolvimento da competência acontece e evolui através da interação constante entre o indivíduo e o meio, sendo que esta será maior quanto mais interações positivas o indivíduo tiver (White, 1959).

A competência pode ser caracterizada como positiva ou negativa. No polo positivo, encontra-se a competência e o sucesso, enquanto que, por outro lado, negativamente, encontram-se os conceitos de incompetência e falha (Elliot & Dweck, 2005; Murayama, Elliot & Friedman, 2012).

Nas crianças, também se verifica a necessidade de competência, durante os primeiros anos, está mais relacionada com a necessidade de obter competência nas suas tarefas, na maioria escolares. Se os resultados forem negativos, ou que avalie a sua competência de forma negativa, pode apresentar comportamentos de fuga (Elliot & Dweck, 2005).

O desenvolvimento da percepção de competência vai variando segundo a idade, assim até aos cinco anos de idade, as crianças encontram-se motivadas, mas apenas para as tarefas que satisfaçam os seus níveis de prazer em relação à tarefa em questão. Entre os cinco e seis anos, a percepção de competência das crianças baseia-se simplesmente nas conclusões que retiram das percepções dos adultos, ou seja, através do feedback de tarefas que desempenharam acertadamente e das tarefas em que não obtiveram sucesso e consoante o que lhe é transmitido pelos adultos. Entre os sete e os doze anos, caracteriza-se pelo intervalo de tempo em que conseguem, de forma eficaz, avaliar os objetivos como alcançáveis e não alcançáveis. As crianças, nesta idade, ainda se encontram dependentes do feedback externo, realizado sobre si, pelas outras pessoas. Após os catorze anos de idade, são capazes de utilizarem a sua percepção de competência de forma funcional, verifica-se a capacidade de antecipação das tarefas e das consequências destas (Harter, 1982; Damasceno, 2011).

A percepção de competência correlaciona-se, com os comportamentos e atitudes que asseguram a alimentação, sendo a capacidade de manter um equilíbrio entre a quantidade de alimentos e o que é verdadeiramente necessário para satisfazer a necessidade básica. Os indivíduos que apresentam competência alimentar são indivíduos que apresentam atitudes positivas acerca

da comida, aceitação de uma dieta variada, consumo equilibrado ao nível das energias que considera necessitar (Satter, 2007).

Segundo a investigação de Sabiston & Crocker (2008) os jovens do sexo masculino apresentam níveis mais elevados de precação de competência em comparação com os jovens do sexo feminino, serão os rapazes os que tendem a ter um estilo alimentar mais adequado e não estão tanto em risco de comportamentos de distúrbios alimentares.

Salienta-se a importância de atender à motivação autônoma e controlada nos programas de intervenção dado que esta pode aumentar no decurso da intervenção com jovens que sofrem obesidade (Mokhtari, et al., 2017).

Capítulo II

Metodologia

O presente capítulo constitui uma apresentação da metodologia empregue na realização da presente investigação. Serão descritos os objetivos do estudo, as características da amostra e dos instrumentos e os procedimentos adotados.

Segundo Fortin (1999) a investigação exige que o investigador esteja preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo pois pretende-se descrever e interpretar o fenómeno tal como se apresenta sem procurar controlá-lo. Assim segundo Carmo e Ferreira (1998), a área de investigação descritiva implica uma recolha de dados para testar hipóteses relacionadas com a questão a ser estudada. Neste sentido estes dados são recolhidos por entrevistas ou por questionários ou pela observação da situação real - sempre os mais apropriados para obter a informação necessária - e esta informação recolhida pode dizer respeito a atitudes, opiniões, dados demográficos, condições e procedimentos (Pinto, 1990).

Este estudo dá continuidade a um conjunto de investigações anteriores direcionado para os comportamentos de saúde. Em concordância com a revisão da literatura, o fenómeno a ser estudado é o comportamento alimentar em crianças e adolescentes e sua relação com as variáveis motivacionais: autoeficácia alimentar e perceção de competência. Uma maior compreensão do fenómeno dará um contributo fundamental para o desenvolvimento de estratégias prevenção e de promoção da saúde.

Na sequência do referido, o grande objetivo do presente trabalho é explorar e descrever o comportamento alimentar de jovens do 5º e 9º ano de escolaridade e compreender a sua relação com a autoeficácia alimentar e a perceção de competência.

Trata-se de um estudo não experimental, de carácter exploratório, descritivo e correlacional, entre as variáveis comportamento alimentar (Restrição, Ingestão Emocional e Ingestão Externa) e as variáveis motivacionais já referidas. Seguem-se mais detalhadamente os objetivos de investigação.

2.1. Objetivos

- Analisar se existem diferenças entre sexos nos alunos do 5º ano em relação ao comportamento alimentar
- Analisar se existem diferenças entre sexo nos alunos do 9º ano em relação ao comportamento alimentar

- Analisar se existem diferenças entre os alunos do 5º e 9º ano em relação ao comportamento alimentar
- Analisar se existem diferenças entre sexos nos alunos do 5º ano em relação aos níveis de autoeficácia alimentar
- Analisar se existem diferenças entre sexos nos alunos do 9º ano em relação aos níveis de autoeficácia alimentar
- Analisar se existem diferenças entre os alunos do 5º e 9º ano em relação aos níveis de autoeficácia alimentar
- Analisar se existem diferenças entre sexos nos alunos do 5º ano em relação aos níveis de percepção de competência
- Analisar se existem diferenças entre sexos nos alunos do 9º ano em relação aos níveis de percepção de competência
- Analisar se existem diferenças entre os alunos do 5º e 9º ano em relação aos níveis de percepção de competência
- Analisar se existe uma relação entre a autoeficácia e o comportamento alimentar
- Analisar se existe uma relação entre a percepção de competência e o comportamento alimentar.

2.2. Identificação das variáveis

Nas investigações não experimentais o investigador deve identificar dois tipos de variáveis as dependentes e as independentes. No que concerne as variáveis dependentes, são as que variam em função de uma variável independente, sendo estas as que estão em estudo numa determinada investigação. Neste trabalho, podemos identificar variáveis dependentes, sendo estas os constructos em análise, nomeadamente os estilos alimentares, autoeficácia alimentar e a percepção de competência.

As variáveis independentes, são as que não variam com outra variável, geralmente são as variáveis sociodemográficas. Neste estudo, temos as variáveis de género e ano de escolaridade.

2.3. Participantes

Os participantes deste estudo são crianças e adolescentes do 5º e 9º ano de escolaridade que integram um estudo mais alargado da linha de investigação em que se insere este trabalho envolvendo estudantes do 2.º e 3.º ciclo.

A amostra é não probabilística por conveniência, dado que a amostra foi selecionada tendo como base critérios de escolha intencional sistematicamente utilizados com a finalidade de determinar as unidades da população que fazem parte da amostra, a partir de um grupo de

indivíduos que estejam disponíveis ou que se voluntariem (Carmo & Ferreira,1998). Os questionários foram aplicados nos distritos do Porto e Coimbra.

A amostra do presente estudo é composta por alunos do 5º e 9º ano, sendo o número total da amostra de 342. Destes, 180 são de sexo masculino (52,6%) e 162 do sexo feminino (47,4%). No que diz respeito ao ano de escolaridade 196 (57,3%) frequentam o 5º ano e 146 (42,7%) dos jovens frequentam o 9º ano. As distribuições dos participantes pelas variáveis referidas poderão ser consultadas na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos participantes relativamente ao sexo e ano de escolaridade

Ano de Escolaridade	Sexo	
	Masculino	Feminino
5º ano (n=196)	102	94
9º ano (n= 146)	78	68
Total (n=342)	180	162

2.4. Instrumentos

O primeiro instrumento que foi utilizado foi o questionário sociodemográfico, formulado de forma a retirar informações relevantes sobre os participantes, tais como a idade, o sexo, o ano de escolaridade, a constituição do agregado familiar, os dados sobre a alimentação de cada participante, entre outros.

2.4.1 Questionário Holandês do Comportamento Alimentar

O Questionário Holandês do Comportamento Alimentar, na sua versão original “Dutch Eating Behavior Questionnaire - DEBQ” de Van Strien, Frijters, Bergers e Defares (1986), validado para a população portuguesa por Viana e Sinde, em 2003, integra também este estudo. O questionário pretende avaliar os estilos alimentares, sendo constituído por 33 itens que fazem parte de três escalas: a Escala de Ingestão Emocional, constituída por 13 itens; a Escala de Ingestão Externa, constituída por 10 itens e a Escala de Restrição Alimentar, constituída por 10 itens.

As respostas são dadas numa escala de 5 pontos likert (nunca/raramente/às vezes/frequentemente/muito frequentemente), apresentando na validação nacional bons índices de validade e fiabilidade. Todos os itens se cotam de modo positivo, à exceção do item 21.

No que concerne as propriedades psicométricas do instrumento e num estudo mais alargado destes dados na mesma linha de investigação, foram encontradas uma boa consistência interna. Na escala de ingestão emocional encontraram um valor de alfa de Cronbach de .90, na ingestão externa .85, e na restrição alimentar .88; valores idênticos aos do autor da escala.

2.4.2. Escala de Autoeficácia Alimentar Global

A Escala de Autoeficácia Alimentar Global (EAEAG) de Poinhos, Canelas, Oliveira e Correia (2013) destina-se à avaliação dos aspetos gerais de autoeficácia face à alimentação para a população portuguesa. É considerado útil para a investigação científica, mas também para o prognóstico e até mesmo para a avaliação de intervenções acerca das alterações dos hábitos alimentares (Poinhos, Canelas, Oliveira e Correia, 2013). Assim sendo, a versão portuguesa da EAEAG é composta por um total de 5 itens, sendo as respostas ordinais de 5 pontos (não concordo/ concordo pouco/ concordo moderadamente/ concordo muito e concordo muitíssimo). Os itens são cotados de 0 a 4, com exceção do item 1, cotado de forma inversa. A pontuação total é obtida através do somatório das cotações de cada item, numa escala de 0 a 20: quanto maior for a pontuação obtida maior a perceção que o indivíduo tem da sua autoeficácia alimentar.

No que concerne as propriedades psicométricas, os resultados obtidos pelos autores revelaram que a escala apresenta boa consistência interna e uma boa validade discriminante e convergente. O mesmo resultado foi encontrado num estudo mais alargado dos dados que aqui se analisam verificando-se um alfa de Cronbach de .88.

2.4.3. Escala de Perceção de Competência

A Escala de Perceção de Competência, versão portuguesa da “Perceived Competence Scale” (PCSp) de William Freedman e Deci (1998), adaptada por Mestre e Pais Ribeiro (2008) integra ainda este trabalho. A escala é constituída por quatro afirmações distintas sobre a confiança do participante na sua própria competência face à regulação e manutenção de uma dieta saudável. A resposta encontra-se dividida numa escala de Likert de 7 pontos, consoante a forma como o respondente percebe as suas capacidades e o seu nível de concordância com o item. De sublinhar que, quanto maior o valor selecionado na resposta, maior é também a perceção de competência na regulação de um estilo de comportamento alimentar saudável e equilibrado. A validação para a população portuguesa cumpriu os requisitos para a sua utilização.

2.5. Procedimento

Este estudo insere-se numa linha de investigação mais alargada, através da qual todo o procedimento de recolha foi feito. Assim o processo teve início com a revisão da literatura, o pedido de autorização aos autores dos instrumentos utilizados e a construção do questionário sociodemográfico.

Em seguida, foram contatadas várias instituições educativas e com as que aceitaram colaborar realizaram-se reuniões a fim de serem discutidas diversas questões e procedimentos sobre a aplicação dos instrumentos nas turmas que fizeram parte da amostra da presente investigação. Por os participantes serem crianças e adolescentes, foi feito um pedido de consentimento informado aos pais/encarregados da educação e com aqueles com quem se obteve autorização foram aplicados os questionários respeitando todas as questões éticas e deontológicas.

O trabalho que aqui se apresenta iniciou-se com a revisão bibliografia dos construtos em estudo: comportamento alimentar, autoeficácia e percepção de competência. Esta primeira etapa revelou-se fundamental para a compreensão das questões de investigação em estudo, para a definição de objetivos e desenvolvimento de todo o processo de análise dos resultados.

Assim, do estudo alargado já apresentado, foram selecionados os participantes do 5º e 9º ano, procedendo-se à análise estatística dos dados quantitativos em conformidade com os objetivos delineados. Posteriormente foi feita a leitura dos resultados obtidos e a interpretação e confrontação teórica dos mesmos.

Capítulo III

Resultados

No presente capítulo, procedemos à apresentação dos resultados obtidos de acordo com os objetivos definidos. Num primeiro momento analisaremos os resultados acerca das diferenças estatisticamente significativas entre grupos e num segundo momento os resultados das correlações das variáveis motivacionais em análise com o comportamento alimentar.

3.1. Diferenças estatísticas entre grupos

Utilizou-se o teste “t” de Student para amostras independentes, com objetivo de se avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e o ano de escolaridade com as dimensões do comportamento alimentar (ingestão emocional, restrição alimentar e ingestão externa) a autoeficácia alimentar e a perceção de competência.

3.1.1. Comportamento alimentar em função do sexo

Os resultados apresentados na tabela 2 demonstram-nos que no 5.ºano de escolaridade são os rapazes que apresentam médias de ingestão emocional e restrição alimentar ligeiramente superiores relativamente às raparigas verificando o inverso no 9.ºano, ou seja, são as raparigas que apresentam valores superiores nestas duas escalas.

No que diz respeito à ingestão externa são as raparigas no 5.ºano que apresentam médias ligeiramente superiores e mais uma vez verifica-se o inverso no 9.ºano sendo os rapazes que apresentam valores superiores.

Tabela 2: Análise descritiva da média e desvio padrão em cada escala do QHCA, em função do sexo dos participantes

	Ano de Escolaridade	Sexo	N	M	DP
Escala de Ingestão Emocional	5º ano	Masculino	102	18,89	9,20
		Feminino	94	18,23	7,64
	9º ano	Masculino	78	20,92	10,21
		Feminino	68	25,62	11,13
Escala de Restrição Alimentar	5º ano	Masculino	102	22,54	8,94
		Feminino	94	21,76	8,61
	9º ano	Masculino	78	19,32	9,40
		Feminino	68	22,15	9,77
Escala de Ingestão Externa	5º ano	Masculino	102	26,48	6,54
		Feminino	94	26,94	7,85
	9º ano	Masculino	78	29,26	6,64
		Feminino	68	28,78	8,05

Nota: M= Média; DP= Desvio Padrão

Apesar das diferenças de médias encontradas, os resultados do teste “t” de Student revelam-nos que as mesmas não são estatisticamente significativas no 5.ºano ($p > .05$ nas três escalas).

Tabela 3: Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias das escalas alimentares do QHCA entre o sexo nos alunos do 5º ano (N=196)

	T	Df	P
Escala de Ingestão Emocional	.54	194	0,588 ^{ns}
Escala de Restrição Alimentar	.62	194	0,533 ^{ns}
Escala de Ingestão Externa	.53	194	0,598 ^{ns}

Nota: ns: não significativo

No que diz respeito ao 9.ºano também as diferenças de médias encontradas entre rapazes e raparigas na escala de restrição alimentar e ingestão externa não se revelaram significativas ($p > .05$). Já na escala de ingestão emocional ($p = 0,009$; $p < 0,05$) as diferenças encontradas são estatisticamente significativas, ou seja, são as raparigas no 9.ºano que adotam mais comportamentos de ingestão emocional.

Tabela 4: Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias das escalas alimentares do QHCA entre o género nos alunos do 9º ano (N=146)

	T	Df	P
Escala de Ingestão Emocional	-2,66	144	0.009*
Escala de Restrição Alimentar	-1,78	144	0,077 ^{ns}
Escala de Ingestão Externa	0,39	144	0,695 ^{ns}

Nota: ns: não significativo; *p<.05

3.1.2. Comportamento alimentar em função do ano de escolaridade

Os resultados apresentados na tabela 5 demonstram que os alunos do 9º ano apresentam médias de ingestão emocional e de ingestão externa superiores aos alunos do 5º ano. Já na escala da restrição alimentar são os alunos do 5º ano que apresentam média ligeiramente superior em comparação com os alunos do 9º ano.

Tabela 5: Análise descritiva da média e desvio padrão em cada escala do QHCA, em função da escolaridade dos participantes

	Ano de Escolaridade	n	M	DP
Escala de Ingestão Emocional	5º ano	196	18,58	8,48
	9º ano	146	23,11	10,87
Escala de Restrição Alimentar	5º ano	196	22,16	8,77
	9º ano	146	20,64	9,65
Escala de Ingestão Externa	5º ano	196	26,22	7,19
	9º ano	146	29,03	7,31

Nota: M= Média; DP= Desvio Padrão

Os resultados do teste “t” de student revelam-nos que as diferenças encontradas entre o 5º e 9º ano na escala de ingestão emocional ($p=0,00$; $p<0,05$) e ingestão externa ($p=0,000$; $p<0,05$) revelam-se significativas, ou seja, são os alunos do 9º ano que adotam mais comportamentos de ingestão emocional e ingestão externa em comparação com os alunos do 5º ano. Já na escala de restrição alimentar o teste “t” de student não revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os anos.

Tabela 6: Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias das escalas alimentares do QHCA entre a escolaridade (N=342)

	T	Df	p
Escala de Ingestão Emocional	-4,33	340	,000*
Escala de Restrição Alimentar	1,53	340	,128 ^{ns}
Escala de Ingestão Externa	-3,56	340	,000*

Nota: ns: não significativo; *p<.05

3.1.3. Perceção de autoeficácia alimentar e sexo

Os resultados apresentados na tabela 7 demonstram que no 5º ano são os rapazes que apresentam perceções de autoeficácia ligeiramente superior relativamente às raparigas do 5º ano. O mesmo acontece com os alunos do 9º ano, são os rapazes que apresentam perceções de autoeficácia ligeiramente superiores às das raparigas.

Tabela 7: Análise descritiva da média e desvio padrão da Perceção de Autoeficácia, em função do género dos participantes

	Ano de Escolaridade	Sexo	n	M	DP
Autoeficácia	5º ano	Masculino	102	14,23	4,19
		Feminino	94	13,89	4,32
	9º ano	Masculino	78	13,71	3,71
		Feminino	68	12,44	4,07

Nota: M= Média; DP= Desvio Padrão

Apesar das diferenças de médias encontradas, os resultados do teste “t” de Student revelam-nos que as mesmas não são estatisticamente significativas no 5.ºano e no 9º ano (p>.05).

Tabela 8: Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias da Autoeficácia entre o género dos alunos do 5º e 9º ano

	Ano de Escolaridade	T	df	p
Autoeficácia	5º ano	0,55	194	0,586 ^{ns}
	9º ano	1,96	144	0,052 ^{ns}

Nota: ns: não significativo

3.1.4. Percepção de autoeficácia alimentar e escolaridade

Os resultados apresentados na tabela 9 demonstram que os alunos do 5º ano apresentam médias de autoeficácia superiores relativamente aos alunos do 9º ano.

Tabela 9: Análise descritiva da média e desvio padrão da Autoeficácia, em função da escolaridade dos participantes

	Ano de Escolaridade	n	M	DP
Autoeficácia	5º ano	196	14,07	4,25
	9º ano	146	13,12	3,92

Nota: M= Média; DP= Desvio Padrão

Os resultados do teste “t” de student revelam-nos que as diferenças encontradas entre os alunos do 5º e 9º ano ao nível da autoeficácia são estatisticamente significativas ($p=0,035$; $p<0,05$), ou seja, são os alunos do 5º ano que apresentam maiores níveis de autoeficácia no comportamento alimentar.

Tabela 10: Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias da Autoeficácia entre a escolaridade dos participantes

	T	df	p
Autoeficácia	2,11	340	,035*

Nota: * $p<.05$

3.1.5. Percepção de competência e sexo

Os resultados apresentados na tabela 11 demonstram que no 5º ano são os rapazes que apresentam percepções de competência ligeiramente superior relativamente às raparigas do 5º ano. O mesmo acontece com os alunos do 9º ano, são os rapazes que apresentam valores de percepção de competência ligeiramente superior em comparação com as raparigas.

Tabela 11: Análise descritiva da média e desvio padrão da Percepção de Competência, em função do género dos participantes

	Ano de Escolaridade	Sexo	N	M	DP
Percepção de competência	5º ano	Masculino	102	20,29	5,93
		Feminino	94	20,13	6,34
	9º ano	Masculino	78	19,46	5,69
		Feminino	68	17,74	5,26

Nota: M= Média; DP= Desvio Padrão

Apesar das diferenças de médias encontradas, os resultados do teste “t” de Student revelam-nos que as mesmas não são estatisticamente significativas no 5.ºano e no 9º ano ($p > .05$).

Tabela 12: Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias da Percepção de Competência entre o género dos alunos do 5º e 9º ano

	Ano de Escolaridade	T	df	p
Percepção de Competência	5º ano	,18	194	,859 ^{ns}
	9º ano	1,89	144	,060 ^{ns}

Nota: ns: não significativo

3.1.6. Percepção competência e escolaridade

Os resultados apresentados na tabela 13 demonstram que os alunos do 5º ano apresentam médias de percepção de competência superiores relativamente aos alunos do 9º ano.

Tabela 13: Análise descritiva da média e desvio padrão da Percepção de Competência, em função da escolaridade dos participantes

	Ano de Escolaridade	N	M	DP
Percepção de Competência	5º ano	196	20,22	6,11
	9º ano	146	18,66	5,54

Nota: M= Média; DP= Desvio Padrão

Os resultados do teste “t” de student revelam-nos que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($p=0,016$; $p < 0,05$), ou seja, são os alunos do 5º ano que apresentam maiores níveis de percepção de competência superiores no comportamento alimentar.

Tabela 14: Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias da Percepção de Competência entre a escolaridade dos participantes

	t	df	P
Percepção de Competência	2,43	340	,016*

Nota: * $p < .05$

3.2. Análise correlacional

Através da análise de correlações entre as diversas variáveis, pretende-se compreender melhor as possíveis relações que possam existir e de como ela se comportam, ou pelo contrário, verificar a rejeição de uma relação das variáveis em análise.

O coeficiente de correlação de Pearson (r) varia de -1 a 1. O sinal indica a direção da relação e o valor sugere a força da relação. A correlação positiva sugere que quando uma variável aumenta a outra também, porém a correlação negativa diz que quando uma tende a aumentar a outra tende a diminuir.

A correlação com valor zero, significa que não há relação linear entre as variáveis. Valores até 0,19 a correlação é muito fraca ou inexistente; entre 0,19 e 0,34 é fraca; de 0,35 a 0,68 é moderada, de 0,69 a 0,79 é elevada/forte, de 0,80 a 0,99 é muito forte e 1 ou -1 é uma correlação linear perfeita.

3.2.1. Análise correlacional entre comportamento alimentar e autoeficácia

Os resultados apresentados na tabela 15 demonstram a existência de uma correlação significativa entre a autoeficácia alimentar e a ingestão emocional ($r=-,228$; $p<0,01$) e a ingestão externa ($-,209$; $p<0,01$). Apesar dessa relação existir e ser significativa, pode afirmar-se pelos valores de “ r ” ambas as relações são fracas e de sentido negativo o que significa que quanto maior é a percepção de autoeficácia menor serão os comportamentos de ingestão emocional e de ingestão externa.

Tabela 15: Tabela referente à correlação de Pearson entre autoeficácia e ingestão emocional, restrição alimentar e ingestão externa

Autoeficácia	Ingestão Emocional	Restrição Alimentar	Ingestão Externa
Correlação de Pearson	$-,228^{**}$	0,082	$-,209^{**}$

*Correlação significativa a 0,05

**Correlação significativa a 0,01

3.2.2. Análise correlacional entre comportamento alimentar e percepção competência

Os resultados apresentados na tabela 16 demonstram a existência de uma correlação significativa entre a percepção de competência e a ingestão emocional ($r=-,269$; $p<0,01$) e a ingestão externa ($-,223$; $p<0,01$). Apesar dessa relação existir e ser significativa, pode afirmar-se pelos valores de “ r ” ambas as relações são fracas e de sentido negativo o que significa que quanto maior é a percepção de competência menor serão os comportamentos de ingestão emocional e de ingestão externa.

Tabela 16: Tabela referente à correlação de pearson entre a percepção de competência e ingestão emocional, restrição alimentar e ingestão externa

Percepção de Competência	Ingestão Emocional	Restrição Alimentar	Ingestão Externa
Correlação de Pearson	-,269**	0,082	-,223**

*Correlação significativa a 0,05

**Correlação significativa a 0,01

Capítulo IV. Discussão dos resultados

O presente capítulo tem como objetivo a realização de uma reflexão e discussão sobre os resultados obtidos na análise estatística. Assim será discutido os resultados obtidos para cada objetivo, bem como a confrontação dos mesmos com outros resultados de estudos já existentes.

Os primeiros objetivos procuram avaliar se há diferenças estatisticamente significativas entre os rapazes e as raparigas do 5º e 9º ano relativamente ao comportamento alimentar. Os dados revelam diferenças estatisticamente significativas nos alunos do 9º ano no domínio da Escala de Ingestão Emocional, ou seja, o sexo feminino parece apresentar maiores dificuldades na regulação emocional comparativamente com os rapazes. A este respeito, Raposo, Teixeira, Pinto, Pereira, Fernandes e Pinto (2014) consideram que as raparigas apresentam níveis mais elevados de ingestão emocional pelas suas dificuldades na regulação das emoções. É muito comum, por exemplo, ouvirmos no discurso feminino que o consumo de doces é maior em estados de humor negativos.

Os dados revelam ainda diferenças, ainda que não sejam significativas, no 5.ºano de escolaridade. Neste ano são os rapazes que apresentam médias de ingestão emocional e restrição alimentar ligeiramente superiores relativamente às raparigas verificando o inverso no 9.ºano, ou seja, são as raparigas que apresentam valores superiores nestas duas escalas. Os dados parecem assim indicar uma tendência para rapazes do 5º ano e raparigas do 9º ano se envolverem em dietas de forma a exercerem controlo sobre a sua ingestão alimentar. O controlo alimentar feito pelos alunos do 5.ºano pode estar associado ao controlo que os pais ainda têm sobre os hábitos alimentares dos seus filhos. No que diz respeito às raparigas no 9.ºano, os estudos revelam, de facto, que estados negativos são desinibidores do consumo de alimentos que são excluídos da dieta em particular na fase da adolescência (Herman & Polivy 1980). Os resultados nestas duas escalas pelo mesmo género demonstra uma intenção de um comportamento alimentar de restrição flexível, ou seja, uma intenção restritiva onde é programado uma dieta até pelas suas preocupações com a imagem corporal, no entanto devido à dificuldade da regulação emocional tendem a ter um consumo de certos alimentos calóricos que estavam excluídos da dieta. Os estudos têm, de facto demonstrado esta preocupação das raparigas na adolescência com a sua imagem corporal. Num estudo de Silva (2012), 19,6% das jovens preocupavam-se com a sua imagem corporal e com o desejo de ser magra à semelhança de outros estudos anteriores. Já em 1994, Drewnowski numa amostra de adolescentes do sexo feminino verificou que 38% fazia dieta restrita devido à imagem corporal.

No que diz respeito à ingestão externa são as raparigas no 5.º ano que apresentam médias ligeiramente superiores verificando-se, mais uma vez, o inverso no 9.ºano em que os rapazes apresentam valores superiores. Como referem Matos, Gaspar, Vitória e Clemente (2013) os rapazes do 9º ano com a influência dos pares tendem a adotar comportamentos alimentares diferentes, jantando mais vezes fora com consumo elevado de refrigerantes e comida *fast-food*. Corroboram

estes resultados, os valores mais baixos de percepção de autoeficácia alimentar que os alunos do 9.º ano apresentam relativamente aos do 5.º ano e que Chapman e MacLean já apontam em 1993.

Relativamente às diferenças estatisticamente significativas entre os anos de escolaridade verificou-se que são os alunos do 9º ano que apresentam mais comportamentos de ingestão emocional e ingestão externa. Assim tendem a ter mais dificuldades em lidar com emoções negativas e em controlar a ingestão alimentar nesses momentos. Estas diferenças podem ser entendidas devido às alterações que ocorrem nas diferentes fases do desenvolvimento nomeadamente na imagem corporal e na percepção do eu, preocupações que ocorrem a partir dos 13 anos. De acordo com Cecil e colaboradores (2005) as crianças mais novas parecem ter maior competência de ajustar a ingestão alimentar, referindo ainda que esta capacidade vai diminuindo ao longo do desenvolvimento da criança, devido à influência do contexto social.

No que respeita às diferenças encontradas entre sexos nas percepções de autoeficácia alimentar, embora não tenham sido significativas, verifica-se que são os rapazes do 5º e do 9º ano que apresentam valores mais elevados. Assim parecem perceber-se como mais capazes de organizar e de realizar planos de dietas com o objetivo de alcançar um determinado resultado podendo ser a perda de peso ou aumento da massa muscular. Salienta-se ainda o valor de significância encontrado relativamente à autoeficácia alimentar nos alunos do 9º ano ($p=0,052$), que embora não seja significativo, encontra-se próximo dos valores de referência ($p>0,05$) para se afirmar a existência de diferenças estatisticamente significativas. No futuro pode ser importante a aplicação a uma amostra mais abrangente de modo a controlar-se melhor os fatores sociais, permitindo a possibilidade de abranger uma maior influência social e desta forma melhor compreender os resultados.

Ainda de acordo com os dados as raparigas do 9.º ano apresentam percepções de autoeficácia alimentar mais baixas e por sua vez envolvem-se em comportamentos de restrição alimentar e de ingestão emocional, como referido anteriormente. Num outro estudo anterior verificaram que são as raparigas as que apresentam mais intenções positivas de adotarem uma alimentação mais saudável e de manterem as mudanças alimentares no futuro, no entanto, são as que menos se sentem capazes de o fazer (Bebetsos, Zourzou, Bebetos & Kosta, 2015).

Os resultados sobre as diferenças estatísticas entre os alunos do 5º e 9º ano revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os jovens do 5º e 9º ano, ou seja, os dados indicam ainda que os alunos do 5º ano tendem a adotar comportamentos alimentares mais saudáveis e de menor ingestão de calorias, talvez até por nesta fase do desenvolvimento serem os pais, os responsáveis diretos dos seus hábitos alimentares (Chapman & MacLean, 1993).

No que respeita às diferenças encontradas entre sexos na percepção de competência, embora não tenham sido significativas, verifica-se que são os rapazes de ambos anos que se percebem como competentes na gestão dos seus hábitos alimentares e estudos anteriores confirmam que os jovens do sexo masculino apresentam níveis mais elevados de percepção de

competência em comparação com o sexo feminino (Sabiston & Crocker, 2008). Os resultados demonstram diferenças estatisticamente significativas relativamente aos anos escolares, verifica-se assim que os alunos do 5º ano apresentam uma média superior comparativamente com os do 9º ano. Os dados indicam ainda uma tendência de os rapazes mais novos adotarem comportamentos alimentares mais saudáveis e de menor ingestão de calorias, talvez até por nesta fase do desenvolvimento serem os pais, os responsáveis diretos dos seus hábitos alimentares (Chapman e MacLean, 1993). Este resultado corrobora os dados já obtidos nas análises das perceções de autoeficácia alimentar e comportamento alimentar.

Por fim, quanto aos resultados das associações da autoeficácia com as escalas do comportamento alimentar verificaram-se duas correlações baixas e de sentido negativo com a Escala de Ingestão Emocional ($r=-.228$) e com a Escala de Ingestão Externa ($r=-.209$). Assim quanto maiores forem os níveis de autoeficácia menor será o comportamento de ingestão emocional, ou seja, quanto mais capacidade de organização e de realização de comportamentos as crianças e adolescentes tiverem no controlo dos seus hábitos alimentares maior será a capacidade de lidar com estados emocionais negativos de forma eficaz e ajustada. Por sua vez quanto menor forem os níveis de perceção de autoeficácia alimentar maiores serão as dificuldades para o jovem lidar com as emoções negativas levando a um comportamento alimentar desequilibrado e um abuso de gorduras saturadas e de doces. Já níveis elevados de autoeficácia alimentar estão associados a níveis baixos de ingestão externa verificando-se uma maior resistência a certos alimentos que possuem características externas apetecíveis, demonstrando-se pelo controlo alimentar onde apenas será consumida a quantidade de alimentos necessários à satisfação das necessidades básicas.

Os resultados das associações da perceção de competência com as escalas do comportamento alimentar apresentaram duas correlações baixas e de sentido negativo com a Escala de Ingestão Emocional ($r=-.269$) e com a Escala de Ingestão Externa ($r=-.223$). Assim quanto maior for a perceção de competência menor será a ingestão emocional, ou seja, maior será a capacidade de controlar um consumo equilibrado ao nível das gorduras saturadas e dos doces. Níveis elevados de perceção de competência estão associados a níveis baixos de ingestão externa, assim perante a perceção da capacidade de atingir os objetivos a pessoa envolve-se na aceitação de uma dieta variada com frutas e legumes não cedendo a outros produtos.

Capítulo V. Considerações finais

Após a realização deste trabalho, é possível afirmar que os objetivos delineados para esta investigação foram atingidos com sucesso, obtendo-se resultados interessantes. Concluiu-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os alunos do 5º e 9º ano relativamente ao comportamento alimentar, sendo que são os jovens mais velhos os que apresentam médias de ingestão emocional e ingestão externa. Quanto às diferenças entre géneros, parecem ser as raparigas do 9º ano as que adotam comportamentos alimentares de ingestão emocional. Destaca-se ainda os resultados das variáveis motivacionais (autoeficácia alimentar e perceção de competência), constatando-se que são os alunos mais novos que apresentam níveis mais elevados de autoeficácia e perceção de competência. Salienta-se ainda os resultados das correlações entre o comportamento alimentar com a autoeficácia e a perceção de competência, verificando-se em ambas variáveis motivacionais a existência de uma correlação fraca e de sentido negativo com as escalas de ingestão emocional e ingestão externa. Comparando estes resultados com os obtidos no comportamento alimentar, permite-nos concluir que são os alunos do 5º ano que parecem ter maiores níveis de autoeficácia e perceção de competência consequentemente um maior controlo ao nível da ingestão emocional e ingestão externa. Porém os alunos do 9º ano apresentaram níveis mais baixos de autoeficácia e perceção de competência, demonstrando uma maior dificuldade no controlo da ingestão emocional e ingestão externa, como já se tinha verificado nos resultados ao nível do comportamento alimentar. Este resultado é revelante e dá o seu contributo no campo da intervenção na promoção da saúde e prevenção da doença.

No que diz respeito à prevenção e promoção da saúde, conclui-se que os alunos do 9º ano apresentam hábitos alimentares de risco dado ao comportamento alimentar de ingestão emocional e ingestão externa, ainda que a maior relevância seja nas raparigas devido à ingestão emocional estar associada a perturbações relacionadas com perturbações do comportamento alimentar, nomeadamente a bulimia nervosa e a perturbação da ingestão compulsiva. Assim é relevante uma intervenção a nível secundário de modo a capacitar estes jovens na regulação das emoções, na dificuldade no controlo das respostas cognitivas aos estímulos alimentares e ao controlo das recompensas imediatas. Já os alunos do 5º ano parecem ter capacidades e sentem-se capazes de elaborar e manter uma dieta saudável, deste modo sugere-se uma intervenção a nível primário de modo a manter as capacidades na organização e execução de uma dieta saudável, mas também incluir estratégias de capacitação para lidarem com a influência social sobre a imagem corporal e a perceção do eu, sendo fatores relevantes de alterações significativas na adolescência.

Relativamente às limitações encontradas ao longo desta investigação, prendem-se com a dificuldade ao nível da interpretação dos resultados devido à escassez de estudos e com a amostra dado ter sido por conveniência, seria uma mais valia a aplicação a uma maior diversidade de escolas, a outros distritos. Atendendo a escassez de estudos que existem nesta área com as variáveis motivacionais, sugere-se o desenvolvimento de novos estudos incluído algumas variáveis

sociais, características pessoais que foram abordadas na discussão destes resultados, mas que não fizeram parte do estudo. Por fim sugere-se que o estudo seja de carácter longitudinal por forma a melhor se avaliar e se compreender a relação entre as variáveis e de como se comportam as variáveis ao longo do tempo.

Referências bibliográficas

- Amaral, J. C. (1993). Auto-Eficácia, Auto-Regulação e Desempenho na Realização de tarefas cognitivas (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.
- Azevedo, A. L. M. (2012). Aspetos Psicológicos, Estilo Alimentar e Satisfação Corporal em dois Grupos de Participantes do Programa PESO, a decorrer no CHCB (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior - Ciências Sociais e Humanas, Covilhã, Portugal.
- Bebetsos, E., Zourzou, A., Bebetos, G. & Kosta, G. (2015). Children's self-efficacy and attitudes towards healthy eating. An application of the Theory of planned behavior. *International Journal of Sports and Physical Education*, 1(1), 1-8.
- Bellisle, F. (2005). Faim et satiété, controle de la prise alimentaire Hunger and satiety, controlo food intake. *EMC-Endocrinologie*, 2, 179-197.
- Bernardi, F., Cichelero, C. & Vitolo, M. R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, 18 (1), 85-93.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.
- Bandura A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 84, 191-215.
- Calderon, L. L., Yu, C. K. & Jambazian, P. (2004). Dieting practices in high school students. *Journal of the American Dietetic Association*, 104 (9), 1369-1374.
- Castro, M. A. S. N. (2007). Processos de auto-regulação da aprendizagem: impacto de variáveis académicas e sociais (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho - Instituto de Educação e Psicologia, Braga, Portugal.
- Cecil, J., Palmer, C., Wrieden, W., Murrie, I., Bolton-Smith, C. Watt, P., Wallis, D., & Hetherington, M. (2005). Energy intakes of children after preloads: adjustment, not compensation. *American Journal of Clinical Nutrition*: 82, 302-308.
- Chan, K., Ng, Y. & Prendergast, G. (2014). Should different marketing communication strategies be used to promote healthy eating among male and female adolescents? *Health Marketing Quarterly*. 31, 339-352.

- Chapman, G. & MacLean, H. (1993). "Junk food" and "healthy food": Meanings of food in adolescent women's culture. *Journal of Nutrition Education*, 25, 108-113.
- Costa, A. R., Araújo, A. M. & Almeida, L.S. (2014). Relação entre Percepção da Autoeficácia Acadêmica e o Engagement de Estudantes de Engenharia. *Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology*. 1 (2), 307-314.
- Cruz, J. A.A., Martins, I., Dantas, A., Silveira, D., & Guiomar, S. (2003). Estudo dos hábitos alimentares e do estado nutricional de adolescentes escolarizados do concelho de Lisboa: ensino oficial. *Revista Portuguesa de Nutrição*; 21 (2), 65-72.
- Damasceno, M. A. (2011). *Análise das Atitudes Alimentares, Autoimagem Corporal e Percepção de Competência de Bailarinas*. Dissertação em Pós-Graduação em Educação Física, Universidade de Maringá, Brasil.
- Drewnowsky, A. (1994). Palatabilité et satiété: Modèles et mesures. *Annal Nestelè (Goût et satiété)*, 56, 33-44.
- Drewnowski A., & Yee D.K. (1987). Men and body image: are male satisfied with their weight? *Psychosomatic Medicine*, 49 (6), 626-634.
- Elliot. A. J. & Carol S. Dweck, C. S. (2005). Competence and Motivation: Competence as the Core of Achievement Motivation. In Elliot. A. J. & Carol S. Dweck, C. S (eds.), *Handbook of Competence and Motivation*, (3-12). New York: The Guilford Press.
- Faria, L. & Simões, L. (2002). Auto-eficácia em contexto educativo. *Psychologica*. 31, 177-196.
- Ferreira, S., Fernandes, H. & Vasconcelos-Raposo, J. (2007). A relação entre a percepção de competência física, índice de massa corporal e competência efetiva em jovens praticantes de basquetebol. *Motricidade*, 3 (3), 57-72.
- Fonseca, E. (2009). Auto-Eficácia Acadêmica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 1 (2), 331- 336.
- Francis, L., Ventura, A., Marini, M., & Birch, L. (2007). Parent overweight predicts daughters increase in BMI and disinherited overeating from 5 to 13 years. *Obesity*; 15 (6), 1544-1553.
- Gaspar, T., Tomé, G., Simoes, C. & Matos, M. (s/d). Estratégias de autorregulação em pré-adolescentes e adolescents: versão portuguesa do TESQ-E. *Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica*. 28(4), 649-658.

- Gibson, E. L. (2006). Emotional influences on food choice: Sensory, physiological and psychological pathways. *Physiology & Behavior*, 89 (1), 53-61.
- Glasofer, D., Haaga, D., Hannallah, L., Field, S., Kozlosky, M., Reynolds, J., Yanosvki, J. & Tanofsky-kraff, M. (2013). Self-efficacy Beliefs and eating behavior in adolescent girls at-risk for excesso weight gain and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 46(7), 663-668.
- Gouveia, M., Canavarro, M. & Moreira, H. (2017). O papel modelador do peso na associação entre dificuldades de regulação emocional e os comportamentos alimentares. *Revista de Psicologia Crianças e Adolescentes*, 8, 13-32.
- Há, S., Lee,.,Seo, .,Kim, K., Seo, J., Sohn, C., Park, H. & Kim, K. (2016). Eating habits, physical activity, nutrition knowledge, and self-efficacy by obesity status in upper-grade elementary school students. *Nutrition Research and Practice*, 10(6), 597-605.
- Harter, S. (1978). Effectance Motivation Reconsidered toward a developmental Model. *Human Development*, (21), 34-64.
- Harter, S. (1982). The Perceived Competence Scale for Children. *Child Development*, 53 (1), 87-97.
- Herman, C. P., & Polivy, J. (1980). Retrained eating. In A. J. Stunkard (Ed.), *Obesity* (pp. 208-225). Philadelphia: Saunders.
- Hill, A. & Robinson, T. (1991). Dieting concerns have a functional effect on the behavior of nine-year-old girls. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 265-267.
- Hou, R., Mogg, K., Bradley, B.P., Moss-Morris, R., Peveler, R. & Roefs, A. (2011). External eating, impulsivity and attentional bias to food cues. *Appetite*, 56 (2), 424-427.
- Hsu L.K.G. (1989). The gender gap in eating disorders: Why are eating disorders more common among women? *Clinical Psychology Review*, 9 (3), 393-407.
- Hsu L.K.G. (1990). *Eating Disorders*. New York: The Guildford Press.
- Johnson, R., Johnson, D., Wang, M., Smiciklas-Wright, H. & Guthrie, H. (1994). Characterizing nutrient intakes of adolescents by sociodemographic factors. *Journal of Adolescent Health*, 15, 149-154.
- Killen, J., Taylor, C., Hayward, C., Wilson, D., Hammer, L., Robinson, T., et al. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorders symptoms in a community sample of

- adolescente girls: A three year prospective analysis. *International Journal of Obesity*, 16, 227-238.
- Konttinen, H., Haukkala, A., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K. & Jousilahti, P. (2009). Eating styles, self-control and obesity indicators. The moderating role of obesity status and dieting history on restrained eating. *Appetite*, 53 (1), 131-134.
- Larsen, J. K., van Strien, T., Eisinga, R., Herman, C. P. & Engels, R. C. M. E. (2007). Dietary restraint: intention versus behavior to restrict food intake. *Appetite*, 49 (1), 100-108.
- Leitão, M., Pimenta, F., Herédia, T, & Leal, I. (2013). Comportamento alimentar, compulsão alimentar, história de peso e estilo de vida: diferenças entre pessoas com obesidade e com uma perda de peso bem-sucedida. *Alim Nutr. Braz J Food Nutr.*, 24(4), 393-401.
- Long, J. & Stevens, K. (2004). Using technology to promote self-efficacy for healthy eating in adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(2), 134-139.
- Loureiro, N. (2004). A Saúde dos Jovens Portugueses: Prática Desportiva e Sedentarismo. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa, Portugal.
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five Countries. *International Journal of Psychology*, 40(2), 80-89.
- Luszczynska, A. & Schwarzer, U. S. R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. *The Journal of Psychology*, 139 (5), 439-457.
- Macht, M., Haupt, C. & Salewsky, A. (2004). Emotions and eating in everyday life: application of the experience-sampling method. *Ecology of Food and Nutrition*, 43 (4), 11-21.
- Markowitz, J. T., Butryn, M. L. & Lowe, M. R. (2008). Perceived deprivation, restrained eating and susceptibility to weight gain. *Appetite*, 51 (3), 720-722.
- Matos MG, Gaspar T, Vitória P, Clemente MP. Comportamentos e Atitudes sobre o Tabaco em Adolescentes Portugueses Fumadores. *Psicologia, Saúde Doenças 2003*; 4 (2): 205-19.
- Mohebi, S., Azadbakht, L., Feizi, A., Sharifirad, G. & Kargar, M. (2013). Review the Key Role of Self-Efficacy in Diabetes Care. *Journal of Education and Health Promotion*. 36 (2), 1.19.
- Mokhtari, G., Grace, B., Par, Y., Reina, A., Durad, Q. & Yee, J. (2017). Motivation and perceived competence for healthy eting and exercise among overweight/obese adolescents in comparison to normal weight adolescents. *BMC Obesity*, 4, 4-36.

- Moreira, P. & Peres, E. (1996). Alimentação de adolescentes. *Alimentação Humana*, 11, 4-44.
- Murayama, K., Elliot, A. J. & Friedman, R. (2012) Achievement Goals. In Ryan, R. M. (ed.), *The Oxford Handbook of Human Motivation*, New York, NY: Oxford University Press.
- Neves, S. P. & Faria, L. (2007). Auto-eficácia académica e atribuições causais em Português e Matemática. *Análise Psicológica*. 4 (25), 635-652.
- Neves, S. P. & Faria, L. (2009). Auto-conceito e Auto-eficácia: semelhanças, diferenças, inter-relação e influência no rendimento escolar. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*. 209-218.
- Polivy, J., Herman, C. P. & Coelho, J. S. (2008). Caloric restriction in the presence of attractive food cues: External cues, eating, and weight. *Physiology & Behavior*, 94 (5), 729-733.
- Póinhos, R., Canelas, H., Oliveira, B. & Correia, F. (2013). Desenvolvimento e Validação de uma escala de autoeficácia alimentar. *Alimentação Humana*, 19 (2), 65 - 72.
- Póinhos, R., Oliveira, B. M. P. M. & Correia, F. (2013). Padrões de Comportamento Alimentar e IMC em Estudantes do Ensino Superior. *Alimentação Humana*, 19 (1), 22-64.
- Ramos, M. & Stein, L. M. (2000). Desenvolvimento do Comportamento Alimentar Infantil. *Jornal de Pediatria*. 76 (3), 229-237.
- Raposo, J., Teixeira, C., Pinto, A., Pereira, C., Fernandes, M. & Pinto, M. (2014), Atividade física, satisfação com a imagem corporal e comportamentos alimentares em adolescentes. *Revista de Psicologia Crianças e Adolescentes*, 14(3), 15-32.
- Rebelo, A. & Leal, I. (2007). Factores de Personalidade e Comportamento Alimentar em Mulheres Portuguesas com Obesidade Mórbida: Estudo Exploratório. *Análise Psicológica*. 3(25), 467-477.
- Rees, J. (1992). The overall impact of recently developed foods on the dietary habits of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 13, 389-391.
- Roberts, G. C. (2001). Understanding the dynamics of motivation in physical activity: The influence of achievement goals on motivational process. In G. C. Roberts (Ed.), *Advances in motivation in sport and exercise* (pp.1-50). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Rodrigues, V., Carvalho, G., Gonçalves, A. & Carvalho, G. (2007). Hábitos de Saúde da População Infanto-Juvenil e identificação de comportamentos de risco. Disponível em <http://jovemsaudavel.com.sapo.pt>.

- Rodrigues, V., Carvalho, G., Gonçalves, A. & Albuquerque, C. (2006). Estilos de Vida: O que dizem os Professores; A Realidade dos Alunos. Disponível em <http://jovemsaudavel.com.sapo.pt>.
- Rosen, J.C., & Gross, J. (1987). Prevalence of weight reducing and weight gaining in adolescent girls and boys. *Health Psychology*, 6, 131-147.
- Sabiston, C. & Crocker, P. (2008). Examining and healthy eating self-perceptions and behaviors among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 42, 64-72.
- Sasson, A., Lewin, C. & Roth, D. (1995). Dieting behavior and eating attitudes in Israeli children. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 67-72.
- Satter, E. (2007). Eating Competence: Definition and Evidence for the Satter Eating Competence Model. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39 (5), 142-153.
- Schachter, S. & Rodin, J. (1974). *Obese Humans and Rats*. Hillsdale, NJ.: Erlbaum.
- Silva, M. (2012). Diferenças de sexo nos hábitos/comportamentos alimentares e sintomas de perturbações do comportamento alimentar, numa amostra de adolescentes (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.
- Strecher, V. J., Develis, M. B., Becker, M. H. & Rosenstock, I. M. (1986). The Role of Self-Efficacy in Achieving Health Behavior Change. *Health Education Quarterly*. 1(13), 73-92.
- Timmerman, G. M. & Gregg, E. K. (2003). Dieting, perceived deprivation and preoccupation with food. *Western Journal of Nursing Research*, 25 (4), 405- 418.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o Estudo do Comportamento Alimentar. *Análise Psicológica*. 4 (10), 611-624.
- Viana, V., Candeias, L., Rego, C. & Silva, D. (2009). Comportamento Alimentar em Crianças e Controlo Parental: Uma Revisão da Bibliografia. *Alimentação Humana*. 1(15), 9-16.
- Viana, V. & Sinde, S. (2003). Estilo Alimentar: Adaptação e Validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8, 59-71.
- Viana V. & Sinde S. (2008). Comportamento Alimentar em Crianças: Adaptação e validação de um questionário numa amostra portuguesa (CEBQ). *Análise Psicológica*, 1(26), 111-120.
- Vieira, F. E. M. (2014). Da acção à emoção: O Psicodrama no tratamento da Obesidade- Estudo da eficácia e do processo terapêutico (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação- Universidade do Porto, Porto, Portugal.

- Wadhera, D. & Capaldi-Phillips, E. D. (2013). A review of visual cues associated with food on food acceptance and consumption. *Eating Behaviors*, 15 (1), 132-143.
- Wallis, D. J. & Hetherington, M. M. (2004). Stress and eating: the effects of ego-threat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters. *Appetite*, 43 (1), 39- 46.
- Walther, M. & Hilbert, A. (2016). Temperament dispositions, problematic eating behaviours and in adolescents. *European Eating Disorders Review*, 24 (1), 19-25.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66 (5), 297-333.
- Yeomans, M. R. & Coughlan, E. (2009). Mood-induced eating. Interactive effects of restraint and tendency to overeat. *Appetite*, 52 (2), 290-298.
- Zimmerman, B. J. (2000). Self-Efficacy: An Essential Motive to Learn. *Contemporary Educational Psychology*. 25, 82- 91.