



Universidade da Beira Interior

Ciências Sociais e Humanas

**Necessidades Psicológicas Básicas e
Comportamento Alimentar em Crianças e
Adolescentes**

Paula Peixoto Albuquerque

Tese para a Obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º Ciclo de Estudos)

Versão Final após Defesa Pública

Orientadora: Prof. Doutora Ludovina Ramos

Covilhã, outubro de 2016

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade da Beira Interior, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na área Clínica e da Saúde, sob orientação da Prof. Doutora Ludovina Ramos.

Agradecimentos

No presente espaço, agradeço a todos os que tornaram este trabalho uma realidade. Dedico-vos o mesmo pela impossibilidade do seu cumprimento na vossa ausência.

-À Prof. Doutora Ludovina Ramos, um profundo agradecimento pelo rigor da orientação que me proporcionou, profissionalismo e crença no trabalho desenvolvido. Reconhecendo a forma incansável como sempre me apoiou ao longo deste ano, atribuindo-lhe o mérito pelo desenvolvimento pessoal e académico que me proporcionou e que permitiram transformar este ano numa experiência de aprendizagem enriquecedora.

Aos meus pais, por sempre me terem incentivado a ir mais longe, que, com o seu trabalho e empenho, me proporcionaram aquilo que nunca tiveram oportunidade de ter. E ao meu fiel amigo e companheiro que também me ajudou nesta jornada e a tornou um pouco menos agitada com a sua ajuda. E às colegas de curso que a par deste trabalho aplicaram comigo os instrumentos de pesquisa, o meu obrigada também.

Resumo: O mundo tem assistido a um aumento significativo das doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas. Este aumento global, epidémico, destas doenças está estritamente relacionado com alterações dos estilos de vida, nomeadamente, alimentação não saudável, inatividade física (sedentarismo) e o tabagismo (DGS, 2011).

Para Ryan, Patrick, Deci, & Williams (2008) estes estilos de vida envolvem comportamentos que são potencialmente controláveis pelo indivíduo. Alimentação é um fator muito importante para a saúde. A seleção e ingestão de alimentos, tal como o seu consumo rotineiro ou repetido, caracteriza o comportamento alimentar (Ramos & Stein, 2000; Viana, Santos & Guimarães, 2008). É de salientar que explorar temas como o comportamento alimentar é importante para a sociedade de hoje, que é obcecado pelo culto do corpo atraente e desejável (Veselá & Grebeňová, 2010) e por outro lado apresenta um crescimento notável do número de indivíduos com excesso de peso e obesidade (DGS, 2011). Então tendo em conta estas problemáticas achou-se pertinente realizar um estudo do comportamento alimentar associado às Necessidades Psicológicas Básicas conceituadas dentro da Teoria da Autodeterminação (TAD).

No modelo da Teoria da Autodeterminação as pessoas são entendidas como tendo necessidades psicológicas básicas, subjacentes à motivação intrínseca, sendo estas a necessidade de autonomia, competência e relacionamento. A satisfação destas é essencial para um ótimo desenvolvimento e saúde mental. Os indivíduos que não conseguem obter a satisfação dessas necessidades podem bloquear a sua consciência, ou minimizar o valor destes autonutrientes. (Guimarães & Boruchovitch, 2004; Ryan & Deci, 2008). Tendo em conta isso, pretende-se saber, com este estudo, se existe alguma relação entre as necessidades psicológicas básicas (autonomia, competência e relacionamento) e o comportamento alimentar (externo, restritivo e emocional).

Palavras-chave: necessidades psicológicas básicas, autonomia, competência, relacionamento, satisfação, frustração, comportamento alimentar, estilo alimentar.

Abstract: The world has witnessed a significant increase in cardiovascular disease, cancer, diabetes and chronic respiratory diseases. This overall increase, epidemic, these diseases are closely related to changes in lifestyles, notably unhealthy diet, physical inactivity (sedentary lifestyle) and smoking (DGS, 2011).

Ryan, Patrick, Deci, & Williams (2008) these lifestyles involve behaviors that are potentially controllable by the individual. Food is a very important factor for health. The selection and food intake, as your routine or repeated consumption, characterizes eating behavior (Ramos & Stein, 2000; Viana, Santos & Guimaraes, 2008).

Note that explore topics such as feeding behavior is important for today's society that is obsessed with the cult of attractive and desirable body (Veselá & Grebeňová, 2010) and on the other hand has a remarkable growth in the number of individuals with excess weight and obesity (DGS, 2011). So in view of these problems was found pertinent to conduct a food study of

behavior associated with Psychological Basic Needs respected within the Theory of Self-Determination (TAD).

In the model of Self-Determination Theory people are understood to have basic psychological needs, underlying intrinsic motivation, these being the need for autonomy, competence and relationship. Meeting these is essential for optimal development and mental health. Individuals who fail to obtain satisfaction of those needs can block your awareness, or minimize the value of autonutrimentes. (Guimarães & Boruchovitch, 2004; Ryan & Deci, 2008).

In view of this, we intend to find out with this study whether there is any relationship between basic psychological needs (autonomy, competence and relationships) and eating behavior (external, restrictive and emotional).

Keywords: basic psychological needs, autonomy, competence, relationship, satisfaction, frustration, feeding behavior, style food.

Índice

1. Introdução	1
Capítulo I: Enquadramento Teórico	
2. Teoria da Autodeterminação	6
2.1. Os Tipos de Motivação	7
2.2. Necessidades Psicológicas básicas: Autonomia, Competência e Relacionamento	10
2.2.1. As Necessidades Psicológicas Básicas e o Bem-Estar	13
3. Comportamentos de Saúde	17
3.1. Comportamento Alimentar	18
3.1.2. Comportamento Alimentar em Portugal	22
3.2. Teoria da Autodeterminação no Âmbito da Saúde	23
Capítulo II: Componente Empírica	
4. Hipóteses	28
4.1. Questão Geral de Estudo	28
4.2. Hipóteses	28
5. Tipo de Estudo	29
6. Participantes	29
7. Procedimento	31
8. Instrumentos	32
9. Resultados	34
9.1. Análise Correlacional	37
9.2. Diferenças estatísticas entre grupos: teste t	39
10. Discussão	40
Conclusão	52
Referências Bibliográficas	

Lista de Figuras

Tabela 1: Tabela com os dados referentes à amostra	30
Tabela 2: Tabela referente às idades dos participantes	30
Tabela 3: Tabela referente ao gênero dos participantes	30
Tabela 4: Tabela referente à escolaridade dos participantes	30
Tabela 5: Tabela referente à escolaridade dos participantes	31
Tabela 6: Tabela referente às refeições dos participantes	34
Tabela 7: Tabela referente às refeições dos participantes	34
Tabela 8: Tabela referente à frequência e percentagem de refeições completas dos participantes	35
Tabela 9: Tabela referente ao pequeno-almoço dos participantes	35
Tabela 10: Tabela referente ao local onde os participantes tomam o pequeno-almoço	35
Tabela 11: Tabela referente ao lanche dos participantes	36
Tabela 12: Tabela referente ao local do almoço dos participantes	36
Tabela 13: Tabela referente aos pratos do almoço dos participantes	36
Tabela 14: Tabela referente aos Pratos do jantar dos participantes	36
Tabela 15: Tabela referente à correlação de pearson entre Ingestão Emocional e Satisfação/Frustração de Autonomia Competência e Relacionamento	38
Tabela 16: Tabela referente à correlação de pearson entre Restrição e Satisfação/Frustração de Autonomia Competência e Relacionamento	38
Tabela 17: Tabela referente à correlação de pearson entre Ingestão Externa e Satisfação/Frustração de Autonomia Competência e Relacionamento	39
Tabela 18: Tabela referente à Média, Desvio Padrão e erro padrão da média da satisfação de Competência entre os indivíduos do sexo Masculino e Feminino	39
Tabela 19: Tabela referente ao Teste de Levene para Igualdade de Variâncias	40
Tabela 20: Tabela referente ao Teste t de igualdade de médias	40
Tabela 21: Tabela referente à Média, Desvio Padrão e erro padrão da média da satisfação de Autonomia entre os indivíduos do sexo Masculino e Feminino	40
Tabela 22: Tabela referente ao Teste de Levene para Igualdade de Variâncias	41
Tabela 23: Tabela referente ao Teste t de igualdade de médias	41
Tabela 24: Tabela referente à Média, Desvio Padrão e erro padrão da média da satisfação de Relacionamento entre os indivíduos do sexo Masculino e Feminino	42
Tabela 25: Tabela referente ao Teste de Levene para Igualdade de Variâncias	42
Tabela 26: Tabela referente ao Teste t de igualdade de médias	42
Tabela 27: Tabela referente à Média, Desvio Padrão e erro padrão da média da Frustração de Autonomia entre os indivíduos do sexo Masculino e Feminino	43
Tabela 28: Tabela referente ao Teste de Levene para Igualdade de Variâncias	43
Tabela 29: Tabela referente ao Teste t de igualdade de médias	43

Tabela 30: Tabela referente à Média, Desvio Padrão e erro padrão da média da Frustração de Competência entre os indivíduos do sexo Masculino e Feminino	44
Tabela 31: Tabela referente ao Teste de Levene para Igualdade de Variâncias	44
Tabela 32: Tabela referente ao Teste t de igualdade de médias	44
Tabela 33: Tabela referente à Média, Desvio Padrão e erro padrão da média Frustração de Relacionamento entre os indivíduos do sexo Masculino e Feminino	45
Tabela 34: Tabela referente ao Teste de Levene para Igualdade de Variâncias	45
Tabela 35: Tabela referente ao Teste t de igualdade de médias	45
Tabela 36: Tabela referente à Média, Desvio Padrão e erro padrão da média da satisfação de Competência entre os indivíduos do sexo Masculino e Feminino	46
Tabela 37: Tabela referente ao Teste de Levene para Igualdade de Variâncias	46
Tabela 38: Tabela referente ao Teste t de igualdade de médias	46
Tabela 39: Tabela referente à Média, Desvio Padrão e erro padrão da média Restrição entre os indivíduos do sexo Masculino e Feminino	47
Tabela 40: Tabela referente ao Teste de Levene para Igualdade de Variâncias	47
Tabela 41: Tabela referente ao Teste t de igualdade de médias	47
Tabela 42: Tabela referente à Média, Desvio Padrão e erro padrão da média da Ingestão Externa entre os indivíduos do sexo Masculino e Feminino	48
Tabela 43: Tabela referente ao Teste de Levene para Igualdade de Variâncias	48
Tabela 44: Tabela referente ao Teste t de igualdade de médias	48

Lista de Acrónimos

TAD- Teoria da Autodeterminação

DGS- Direção Geral de Saúde

WHO- World Health Organization

QCA- Questionário do Comportamento Alimentar

ENP- Escala das Necessidades Psicológicas

SIG- Significância

1. Introdução

O mundo tem assistido a um aumento significativo das doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas. Este aumento global, epidémico, destas doenças está estritamente relacionado com alterações dos estilos de vida, nomeadamente, alimentação não saudável, inatividade física (sedentarismo) e o tabagismo. Estima-se que o sedentarismo seja causador de 1 milhão e 900 mil mortes a nível mundial. É também a causa de 10-16% do cancro da mama, cólon e reto, bem como, diabetes mellitus, e de cerca de 22% da doença cardíaca isquémica (DGS, 2011). Para Ryan, Patrick, Deci, & Williams (2008) a saúde e o bem-estar das pessoas são robustamente afetados por fatores de estilo de vida, indo de encontro ao referido anteriormente (tabagismo, a higiene, dieta e atividade física), sendo que acrescenta que estes envolvem comportamentos que são potencialmente controláveis pelo indivíduo. Ao mesmo tempo que o número de indivíduos com excesso de peso e obesidade aumenta rapidamente, nos países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento, também aumenta o excesso de peso e a obesidade na população mais jovem. A atividade física é a chave para o controlo do peso. Porém, os efeitos benéficos da atividade física e de uma alimentação saudável é feito através de diversos mecanismos, para além de influenciar o controlo do peso (DGS, 2011).

Pode constatar-se que a comida é uma parte integrante da vida humana. O estilo de vida agitado de hoje, no entanto, reflete negativamente sobre o acesso aos alimentos e os nossos hábitos alimentares. Até meio do século passado, comida e comer eram considerados apenas como um assunto de explorar a ciência. A comunidade profissional, até então, centrou-se principalmente sobre a fisiologia da nutrição e da dieta como uma fonte de energia para o nosso corpo, sendo que maioritariamente este conceito persiste até hoje. Posto isto, é de salientar que explorar temas como o comportamento alimentar é importante para a sociedade de hoje, que é obcecado pelo culto do corpo atraente e desejável (Veselá & Grebeňová, 2010) e por outro lado apresenta um crescimento notável do número de indivíduos com excesso de peso e obesidade (DGS, 2011).

Assim sendo, alimentação é um fator muito importante para a saúde. Quando adequada, promove um desenvolvimento saudável, mas quando esta se revela desadequada pode estar na origem de diversas doenças crónicas como por exemplo a obesidade, as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, o cancro e a diabetes (Kourlaba, Kondaki, Grammatikaki, Roma-Giannikou & Manios, 2009; Liem & Graff, 2004). Assim sendo, revela-se extremamente importante adotar comportamentos alimentares saudáveis. É de salientar que estes não dependem apenas do acesso a informações de natureza nutricional, mas também das preferências alimentares individuais, dos comportamentos e atitudes da família e de outros fatores psicológicos e sociais (Viana, 2002).

A seleção e ingestão de alimentos, tal como o seu consumo rotineiro ou repetido, caracteriza o comportamento alimentar (Ramos & Stein, 2000; Viana, Santos & Guimarães, 2008). É de realçar a importância dos fatores emocionais, familiares e sócio-culturais na modelagem do comportamento alimentar. Pois este é aprendido e evolui desde a primeira

infância, especificamente desde os primeiros dias de vida (Viana et al., 2008). Embora o desejo de alimentos, o apetite, se baseie numa necessidade biológica, a grande maioria dos comportamentos integrados no processo de saciedade são, muito provavelmente, aprendidos. Pode afirmar-se que os comportamentos que implicam a seleção e a ingestão de alimentos preferidos é aprendido e evolui desde os primeiros dias influenciado pela maturação e aspetos constitucionais, pelos agentes de socialização, por fatores afetivos e da interação mãe-criança-família. A publicidade, especialmente a que se divulga na TV e a satisfação ou insatisfação com o corpo mostram-se poderosos determinantes dos hábitos alimentares dos jovens (Viana, Santos, & Guimarães, 2008).

O controlo consciente da ingestão de alimentos ou, pelo contrário, o consumo excessivo de alimentos pode indicar a presença de distúrbios alimentares tais como anorexia/ bulimia ou obesidade/excesso de peso. Neste caso, é necessário procurar causas psicológicas e sociais. O tratamento de tais doenças psicossomáticas é demorado e, em alguns casos, quase impossível. Devido ao crescente número de distúrbios psicossomáticos associados à ingestão de alimentos, a atenção dada aos aspetos fisiológicos de nutrição não deve ser exagerada, mas deve ser dada especial atenção aos aspetos psicológicos e sociais (Veselá & Grebeňová, 2010).

Tendo em conta estas problemáticas achou-se pertinente realizar um estudo do comportamento alimentar associado às Necessidades Psicológicas Básicas conceituadas dentro da Teoria da Autodeterminação (TAD). Uma importante parte do trabalho desenvolvido pela Teoria da Autodeterminação centra-se na análise das condições que poderão suscitar a motivação em diferentes contextos, como organizações (Baard, Decy, & Ryan, 2004), saúde (Deci & Ryan, 2008) educação (Niemic & Ryan, 2009), paternidade, relacionamentos, questões ambientais e psicoterapia (Vallerand, Koestner, & Pelletier, 2008).

Segundo Wehmeyer (1992 citado por Silva et al., 2010), a autodeterminação representa um conjunto de comportamentos e habilidades que dotam a pessoa da capacidade de ser o *agente causal* em relação ao seu futuro, ou seja, de ter comportamentos intencionais. Esta é uma abordagem para a motivação humana e personalidade que utiliza métodos empíricos tradicionais enquanto emprega uma metateoria “organísmica”, que supõe que as pessoas são organismos ativos com tendências inerentes e profundamente evoluídas para o crescimento e desenvolvimento psicológico.

Na Teoria da Autodeterminação (Ryan & Deci, 2000) são distinguidos diferentes tipos de motivação tendo por base as diferentes razões ou objetivos que originam uma ação. A mais básica distinção é feita entre o conceito de motivação intrínseca e motivação extrínseca. A **motivação intrínseca** refere-se a fazer algo porque é inerentemente interessante ou agradável, ou seja, o envolvimento e manutenção na atividade acontecem pela tarefa em si, porque a consideram interessante e geradora de satisfação, considerando as atividades em que se envolvem como agradáveis (Ryan & Deci, 2000). Por outro lado, a **motivação extrínseca**, refere-se a fazer algo que leva a um resultado externo, ou seja, aqui o sujeito irá desempenhar uma atividade ou tarefa interessado em recompensas externas ou sociais, mostrando estar mais

interessado na opinião do outro, no reconhecimento externo, em receber elogios ou em evitar uma punição (Ryan & Deci, 2000).

Na Teoria da Autodeterminação Ryan e Deci (2000) distinguem cinco tipos de regulação comportamental, um para as ações intrinsecamente motivadas e quatro para ações extrinsecamente motivadas. A análise da motivação de um indivíduo pode ser classificada em três grupos: desmotivação, motivação intrínseca e motivação extrínseca. O segundo grupo, motivação extrínseca, é dividido em quatro tipos de regulação comportamental: regulação externa, regulação **introjetada**, **regulação identificada** e **regulação integrada** (Deci & Gagné, 2005). Estes conceitos serão explicados no corpo teórico do trabalho, entre outros conceitos importantes para explicar esta teoria.

Dentro da Teoria da Autodeterminação existem três conceitos muito importantes e considerados pela mesma como nutrientes essenciais. São as necessidades psicológicas básicas, que são definidas como suportes e satisfações que são essenciais e necessárias para o crescimento, integridade e bem-estar psicológico (Ryan, 2009).

No modelo da Teoria da Autodeterminação as pessoas são entendidas como tendo necessidades psicológicas básicas, subjacentes à motivação intrínseca, sendo estas a necessidade de autonomia, competência e relacionamento. A satisfação destas é essencial para um ótimo desenvolvimento e saúde mental. Os indivíduos que não conseguem obter a satisfação dessas necessidades podem bloquear a sua consciência, ou minimizar o valor destes autonutrientes. (Guimarães & Boruchovitch, 2004; Ryan & Deci, 2008).

A competência reflete a necessidade de se sentir eficaz e capaz de alcançar os resultados desejados. O relacionamento envolve a necessidade de se sentir perto e valorizado pelos outros, importantes, ter um sentido de pertença com os colegas, família e comunidade. Finalmente, a autonomia é a necessidade de se sentir volitivo, como o criador de suas ações na realização de uma atividade (Deci & Ryan, 2000).

A TAD considera as forças percebidas que movem uma pessoa a agir, e tem sido capaz de identificar vários tipos distintos de motivação, cada um dos quais tem consequências especificáveis para a aprendizagem, desempenho, experiência pessoal, e bem-estar (Ryan & Deci, 2000). Esta teoria afirma que a saúde psicológica geral exige a satisfação das três necessidades, sendo através da satisfação destas que os indivíduos são capazes de se mover em direção à experiência de alcançar eficácia, conectividade e motivação intrínseca (Patrick, Canevello, Knee, & Lonsbary, 2007). As três necessidades psicológicas básicas parecem ser essenciais para facilitar o funcionamento ideal das propensões naturais para o crescimento e integração, bem como para o desenvolvimento social construtivo e bem-estar pessoal (Ryan & Deci, 2000).

A Teoria da Autodeterminação (TAD), área de estudo do comportamento e da motivação, tem contribuído para a compreensão das razões que levam as pessoas a adotarem e manterem determinados comportamentos, nomeadamente no âmbito da saúde e da doença (Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008). A aplicação dos princípios deste modelo teórico no estudo dos processos motivacionais em diferentes comportamentos de saúde é reconhecida

como relevante, pela comunidade científica, assim como a sua aplicação no contexto da prática dos cuidados de saúde. De acordo com (Vallerand, Koestner, & Pelletier, 2008) esta teoria, não só permite uma melhor compreensão dos processos motivacionais em diversas áreas, por exemplo, educação, trabalho, atividades de lazer e cuidados de saúde, como também orienta intervenções para melhorar a condição humana.

A Teoria da Autodeterminação considera que o desenvolvimento da autonomia e competência, assim como um sentimento de pertença, são essenciais para o processo de internalização e integração, através do qual as pessoas assumem uma posição mais autorregulada e mantêm comportamentos que conduzem à saúde e bem-estar (Ryan et al., 2008). A investigação demonstra que a regulação autónoma, a perceção de competência e o suporte autónomo, são preditores de comportamentos de saúde (Deci & Ryan, 2000).

O desenvolvimento de uma motivação mais autónoma também parece ser essencial para a adoção e manutenção de uma alimentação saudável, e para promover maior autorregulação do comportamento alimentar (Teixeira, Patrick, & Mata, 2011).

Apesar de muitos avanços técnicos recentes nos cuidados de saúde, comportamento humano continua a ser a maior fonte de variância nos resultados relacionados com a saúde (Schroeder, 2007), daí a necessidade de mudança de comportamentos continuar a ser fundamental para a prevenção de doenças (Johnson, Scott-Sheldon, & Carey, 2010).

Assim sendo, com este estudo pretende-se saber se existe alguma relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas (Autonomia, Competência E Relacionamento) e o Comportamento Alimentar (Externo, Restritivo E Emocional) utilizando hipóteses de estudo adequadas e mencionadas no Capítulo II deste trabalho.

Este trabalho encontra-se dividido em Introdução, **Capítulo I** com o Enquadramento Teórico, o **Capítulo II** com a Componente Empírica, Discussão, Conclusão, Bibliografia e Anexos.

Capitulo I - Enquadramento Teórico

2. Teoria da Autodeterminação

A Teoria da Autodeterminação (TAD) foi elaborada no ano de 1981 por Richard M. Ryan e Edward L. Deci (professores do Departamento de Clínica e Ciência Social, do Departamento de Psicologia da Universidade de Rochester, Estados Unidos), com a finalidade de responder às questões epistemológicas e éticas do *paradigma eudaimônico*, que considera a saúde e o bem-estar psicológicos como consequências do compromisso com os desafios e propósitos da vida (Silva, Wendt, & Argimon, 2010).

Sendo esta uma macro teoria da motivação humana trata de questões básicas como o desenvolvimento da personalidade, autorregulação, necessidades psicológicas universais, objetivos de vida e aspirações, energia e vitalidade, processos inconscientes, relações entre cultura e motivação, o impacto dos ambientes sociais sobre a motivação, afeto, comportamento e bem-estar. Esta teoria, para além disso, tem sido aplicada numa vasta gama de domínios da vida. Centra-se em tipos, em vez de apenas quantidade, de motivação, dando especial atenção à motivação autónoma, motivação controlada, e motivação como preditora de resultados de desempenho, relacionais e bem-estar. Aborda também as condições sociais que melhoram ou diminuem estes tipos de motivação, propondo descobrir os graus em que as Necessidades Psicológicas Básicas para a Autonomia, Competência e Relacionamento são suportados ou frustradas e possam afetar tanto o tipo como a força da motivação (Deci & Ryan, 2008).

Para além das dimensões ou características individuais, a motivação é também alvo da influência do contexto, sendo que os fatores ambientais podem impedir ou comprometer aquela, o funcionamento social e o bem-estar pessoal, como podemos constatar na vasta investigação desenvolvida no âmbito por esta teoria. De facto, os estudos realizados sugerem que os determinantes do contexto podem ser mais parcimoniosamente descritos em termos de frustrar as três Necessidades Psicológicas Básicas. Assim sendo, a TAD está preocupada não só com a natureza específica das tendências de desenvolvimento positivas, como também examina ambientes sociais que são contrários a essas tendências (Ryan & Deci, 2000).

Uma importante parte do trabalho desenvolvido pela Teoria da Autodeterminação, centra-se na análise das condições que poderão suscitar a motivação em diferentes contextos, como organizações (Baard, Decy, & Ryan, 2004), saúde (Deci & Ryan, 2008) ou educação (Niemic & Ryan, 2009).

Segundo Wehmeyer (1992 citado por Silva et al., 2010), a autodeterminação representa um conjunto de comportamentos e habilidades que dotam a pessoa da capacidade de ser o *agente causal* em relação ao seu futuro, ou seja, de ter comportamentos intencionais. Esta teoria representa uma abordagem para a motivação humana e personalidade que utiliza métodos empíricos tradicionais enquanto emprega uma metateoria “organísmica” que destaca a importância dos recursos internos dos seres humanos para o desenvolvimento da personalidade e do comportamento autorregulado (Ryan, Kuhl, & Deci, 1997). Essa metateoria “organísmica” supõe que as pessoas são organismos ativos com tendências inerentes e profundamente evoluídas para o crescimento e desenvolvimento psicológico. Esta natureza humana ativa é claramente evidente no fenómeno da motivação intrínseca - tendência natural

manifestada desde o nascimento para procurar desafios, novidades e oportunidades para aprender. É também evidente no fenómeno da interiorização, ou propensão de tempo de vida dos indivíduos para assumirem e tentarem integrar as práticas e valores sociais que os cercam (Ryan, 2009).

Pode afirmar-se que o conceito de autodeterminação ou de comportamento autodeterminado, central na Teoria da Autodeterminação, traduz-se na conceção do ser humano como sendo um organismo ativo, dirigido para o crescimento e desenvolvimento integrado do sentido do *self*, mas também para a integração dos sujeitos com as estruturas sociais envolventes. No percurso evolutivo está presente o empenho na procura de experiências através de atividades consideradas como interessantes para alcançar objetivos como: a) potencializar habilidades e exercitar capacidades; b) procurar e alcançar vínculos sociais; e c) conquistar um sentido unificado do *self* por intermédio da integração de experiências intrapsíquicas e interpessoais (Guimarães & Boruchovitch, 2004).

Deci & Ryan (1985, citado por Hagger, et al., 2014; 2000) sugerem que a Teoria Da Autodeterminação é uma teoria fundamental da motivação que deu uma contribuição substancial para a previsão do comportamento autorregulado, incluindo numerosos comportamentos relacionados à saúde. A teoria sugere que a qualidade de motivação dos indivíduos afeta a extensão de envolvimento e persistência das pessoas em determinados comportamentos. Por exemplo, a forma como os comportamentos alimentares são reguladas bem como, as experiências durante esses comportamentos podem depender da regulação motivacional do comportamento alimentar dos indivíduos e dos objetivos subjacentes à regulação alimentar (se esta é motivada por objetivos internos ou externos) (Ryan & Deci, 2000).

2.1 Os Tipos de Motivação

Na Teoria da Autodeterminação (Ryan & Deci, 2000) são distinguidos diferentes tipos de motivação tendo por base as diferentes razões ou objetivos que originam uma ação. A mais básica distinção é feita entre o conceito de motivação intrínseca e motivação extrínseca, sendo, no entanto, mais central na Teoria da Autodeterminação a distinção que é feita entre a motivação autónoma e a motivação controlada. A motivação autónoma abrange tanto a motivação intrínseca como os tipos de motivação extrínseca em que as pessoas se identificam com o valor de uma atividade e, idealmente, terão integrado isto, no seu sentido de *self* (Deci & Ryan, 2008). A motivação controlada consiste tanto na regulação externa, em que o seu comportamento é uma função de contingências externas de recompensa ou punição, e regulação introjetada, em que a regulação da ação foi parcialmente internalizada e é energizada por fatores como um motivo de aprovação, ou o evitar de vergonha (Ryan & Deci, 2008).

Na Teoria da Autodeterminação Ryan e Deci (2000) distinguem cinco tipos de regulação comportamental, um para as ações intrinsecamente motivadas e quatro para ações extrinsecamente motivadas. Tendo por base esta noção de regulação comportamental e a

investigação entretanto desenvolvida, um *continuum* de autodeterminação em que são diferenciados seis tipos de motivação, os quais variam, qualitativamente, segundo a internalização das regulações externas para o comportamento. De acordo com essa abordagem, a análise da motivação de um indivíduo pode ser classificada em três grupos: desmotivação, motivação intrínseca e motivação extrínseca. O segundo grupo, motivação extrínseca, é dividido em quatro tipos de regulação comportamental: regulação externa, regulação **introjetada**, **regulação identificada** e **regulação integrada** (Deci & Gagné, 2005).

A **desmotivação** é o estado de falta de uma intenção de agir. Quando desmotivada, o comportamento de uma pessoa não tem intencionalidade e um sentido de causalidade pessoal. Esta resulta então da não valorização de uma atividade (Ryan, 1995), não sentir-se competente para fazê-la (Deci, 1975 citado por Ryan & Deci, 2000), ou não acreditar que irá produzir um resultado desejado (Seligman, 1975 citado por Ryan & Deci 2000).

A **motivação intrínseca** refere-se a fazer algo porque é inerentemente interessante ou agradável, ou seja, o envolvimento e manutenção na atividade acontecem pela tarefa em si, porque a consideram interessante e geradora de satisfação, considerando as atividades em que se envolvem como agradáveis (Ryan & Deci, 2000). Por outro lado, a **motivação extrínseca**, refere-se a fazer algo que leva a um resultado externo, ou seja, aqui o sujeito irá desempenhar uma atividade ou tarefa interessado em recompensas externas ou sociais, mostrando estar mais interessado na opinião do outro, no reconhecimento externo, em receber elogios ou em evitar uma punição (Ryan & Deci, 2000). Assim sendo, as pessoas podem ser motivadas porque valorizam uma atividade ou porque existe uma forte coerção externa. Podem ser colocados em ação por um interesse permanente ou por um “suborno”. Podem comportar-se com um sentido de compromisso pessoal com o objetivo de se destacarem ou pelo medo de ser vigiado. Estes são exemplos de contrastes entre casos de ter motivação interna ou de ser pressionado externamente (Ryan & Deci, 2000).

Como referido anteriormente a motivação extrínseca está subdividida em quatro tipos de regulação comportamental: regulação **externa**, regulação **introjetada**, **regulação identificada** e **regulação integrada** (Deci & Gagné, 2005).

A **regulação externa** é a forma menos autónoma de motivação extrínseca. Aqui, o comportamento é solicitado por contingências externas, tais como recompensas, punições e prazos, e as contingências ou razões para executar o comportamento não foram internalizados, de todo. Um exemplo deste tipo de regulação pode ser, os alunos que estudam, principalmente, porque sabem que os seus progenitores vão recompensá-los para fazerem algo bem, ou seja são reguladas externamente (Vansteenkiste, Lens, & Deci, 2006). Segundo de Charms, (1968 citado por Vansteenkist et al., 2006) a ação regulada externamente é experimentada como coagida e determinada por forças externas, sendo esta representada por um locus externo percebido de causalidade.

No caso da **regulação por introjeção**, um segundo tipo de motivação extrínseca, as pessoas envolvem-se numa atividade para dar cumprimento à pressão interna, que se baseia na busca de autoengrandecimento e autoestima, ou na prevenção de sentimentos de culpa e

vergonha (Guimarães & Bzuneck, 2008; Ryan & Deci, 2000). Com a regulação introjetada, a regulação do comportamento é parcialmente internalizada e, portanto, está dentro da pessoa, mas a pessoa não a aceitou como sendo sua. Ou seja, a atividade não emana de sentido de *self* da pessoa e esta irá experienciar a situação como estando a ser pressionada ou coagida. Pode então concluir-se que este tipo de regulação é representada por um locus externo de causalidade. Por exemplo quando um estudante vai estudar antes de ir jogar futebol, porque sabe que se não o fizer irá sentir-se culpado (Ryan, Williams, Patrick, & Deci, 2009). Ou seja, sente-se pressionado para o fazer, de forma a prevenir qualquer sentimento de culpa, pois sabe que o deveria fazer apesar de não aceitar essa ideia como sendo sua, mas sim como uma pressão externa.

A regulação Identificada refere-se ao processo de identificação com o valor de uma atividade e, assim, aceitar a regulação da atividade como pertencente ao próprio. Quando as pessoas são capazes de prever a relevância pessoal de uma atividade por si mesmos, eles tendem a identificar-se com a sua importância, e envolver-se-ão na atividade bastante volitivamente ou de boa vontade. A identificação representa um formulário completo de internalização que é caracterizada por um locus interno de causalidade percebido. Embora ainda extrínseca na natureza, a regulação identificada é relativamente volitiva e, nesse sentido, aproxima-se da dimensão da motivação intrínseca, uma vez que estes dois tipos de motivação são por vezes combinados num composto de motivação autónoma (Black & Deci, 2000). Um estudante que estuda estatística porque tenha aceitado a importância da estatística para a sua meta Auto selecionada de fazer psicologia empírica, irá regular o seu comportamento de estudo através da identificação.

Na **regulação Integrada** a razão externa para a atividade é percebida totalmente coerente com o autoconceito (Lens, Matos, & Vansteenkiste, 2008), ou seja, há coerência entre o comportamento, os objetivos e valores da pessoa. Nesta encontra-se presente não somente a identificação com a importância do comportamento, mas, também a integração de tal identificação com outros aspetos do self (Guimarães & Bzuneck, 2008). Este é o tipo mais autodeterminado de comportamento extrinsecamente motivado, ou seja, é a forma de motivação extrínseca mais autónoma, pois envolve escolha e valorização pessoal da atividade, embora ainda esteja focada nos benefícios pessoais resultantes da realização de determinada atividade (Guimarães & Bzuneck, 2008).

Como referido inicialmente, os vários tipos de motivação extrínseca foram distinguidos segundo o nível de internalização e volição, diferindo no grau de autonomia ou autodeterminação associado ao comportamento que o indivíduo apresenta, e dependendo da medida em que as pessoas são bem-sucedidas ao internalizarem inicialmente a regulação externa do comportamento (Ryan, Connell, & Deci, 1985 citado por Vansteenkiste et al., 2006). Este processo representa a criação de um novo conceito a partir deste (além de motivação intrínseca) da capacidade orientada para o crescimento dos seres humanos, sendo que este processo pode funcionar com mais ou menos sucesso.

O **processo de Internalização** é central para a socialização, e é referido pela Teoria da Autodeterminação como algo a ser energizado pelas necessidades psicológicas humanas para a competência, autonomia e relacionamento (Grolnick, Deci & Ryan, 1997 citado por Vansteenkist et al., 2006). Assim como com a motivação intrínseca, competência e autonomia são considerados importantes as forças da internalização, a necessidade de relacionamento (Baumeister & Leary, 1995 citado por Vansteenkist et al., 2006) também o é (Deci & Ryan, 2000; Ryan, 1995). Na verdade, esta encontra-se fora do desejo de estar relacionado com os outros, de sentir-se parte de uma família, grupo ou ordem social. Neste caso os indivíduos estão dispostos a assumir os valores, crenças e comportamentos que são aprovados pelos outros. Assim sendo, para que as normas sejam internalizadas, os padrões e regulamentos que são transmitidos através desta, terão de ser apresentados de forma a facilitar os sentimentos de relação, competência e autonomia com relação aos comportamentos relevantes (Vansteenkiste et al., 2006).

2.2. As Necessidades Psicológicas Básicas: Autonomia, Competência e Relacionamento

As Necessidades Psicológicas Básicas são definidas como suportes e satisfações que são essenciais e necessários para o crescimento, integridade e bem-estar psicológico. E são conceituadas dentro da Teoria da Autodeterminação, como nutrientes essenciais. Embora as tendências de crescimento subjacentes à motivação intrínseca e internalização evoluam e sejam "naturais", não significa que operem de forma robusta em todas as condições. Em vez disso, as tendências inerentes exigem apoios e nutrientes específicos do seu ambiente social, sendo eles as Necessidades Psicológicas Básicas (Ryan, 2009).

No modelo da Teoria da Autodeterminação as pessoas são entendidas como tendo necessidades psicológicas básicas, subjacentes à motivação intrínseca, sendo estas a Necessidade de Autonomia, Competência e Relacionamento. A satisfação destas é essencial para um ótimo desenvolvimento e saúde mental. Os indivíduos que não conseguirem obter a satisfação dessas necessidades podem bloquear a sua consciência, ou minimizar o valor destes autonutrientes (Guimarães & Boruchovitch, 2004; Ryan & Deci, 2008).

A Competência reflete a necessidade de se sentir eficaz e capaz de alcançar os resultados desejados. O Relacionamento envolve a necessidade de se sentir perto e valorizado pelos outros, importantes, ter um sentido de pertença com os colegas, família e comunidade. Finalmente, a Autonomia é a necessidade de se sentir volitivo, como o criador de suas ações na realização de uma atividade (Deci & Ryan, 2000).

A Teoria das Necessidades Psicológicas Básicas, miniteoria que integra a TAD, postula que cada necessidade exerce efeitos independentes sobre o bem-estar, ou seja, que cada uma de forma independente influencia o bem-estar dos indivíduos e além disso, que o impacto de qualquer comportamento ou evento no bem-estar é, em grande parte, uma função das suas relações com a satisfação dessas necessidades. Pesquisas mostram que a satisfação das necessidades, agregadas, preveem diferenças individuais na saúde e na sensação de bem-estar,

bem como dentro das próprias flutuações de bem-estar que ocorrem na pessoa ao longo do tempo (Ryan, 2009). Estar ciente das emoções é particularmente relevante neste contexto, pois as emoções proporcionam, às pessoas, pistas valiosas sobre quando estão ou não estão a receber aquilo de que precisam. As experiências que envolvem necessidades frustradas revelam-se uma central de emoções como raiva e tristeza, ou seja, estas emoções podem sinalizar que a autonomia das pessoas foi frustrada, que têm sido criticadas pela sua incompetência, ou que tenham sido rejeitadas ou ignoradas por outras pessoas importantes. Em contraste, a alegria inesperada ou excitação podem ser um indicador de satisfação e realização (Ryan & Deci, 2008). As pessoas experimentam muitas vezes a frustração das necessidades básicas pelo que estas podem desenvolver substitutos das mesmas (Williams, Cox, Hedberg, e Deci, 2000 citado por Ryan & Deci, 2008), tais como objetivos de vida extrínsecos (Kasser & Ryan, 1996 citado por Ryan & Deci, 2008) para os quais direcionam a sua energia em vez de estarem atentos à necessidade das necessidades básicas em si mesmos.

Autonomia: refere-se à regulação do *self*, ou seja, o conceito de Autonomia é vinculado ao desejo ou à vontade do organismo organizar a experiência e o próprio comportamento e integrá-los ao seu sentido de *self*. Assim sendo, o conceito de Autonomia é vinculado ao desejo ou à vontade pessoal de organizar a experiência e o próprio comportamento e integrá-los ao sentido do *self* (Guimarães & Boruchovitch, 2004). Quando autónoma, uma pessoa experimenta o seu comportamento como auto-organizado e aprovado/apoiado. Pode então afirmar-se que o comportamento autónomo é, no verdadeiro sentido, não apenas intencional, mas também volitivo - consente totalmente o envolvimento nas ações. A Autonomia é um estado interno, refletindo o apoio integrado e organização das ações. A capacidade de agir de forma autónoma é fortemente afetada pelos ambientes sociais, os quais podem variar desde ser controlado e coercitivo a encorajador de autorregulação. A imposição de controlo de recompensa ou punição podem, por exemplo, comprometer a Autonomia do sujeito, assim como a presença de contingências avaliativas. Em contraste, quando os outros apreciam o quadro de referência da pessoa, esta fornece os racionais para a ação, e permite ou apoia a reflexão e a escolha; a capacidade de Autonomia é facilitada, bem como o potencial para satisfazer outras Necessidades Psicológicas Básicas (Ryan, Williams, Patrick, & Deci, 2009).

Competência: capacidade do organismo interagir satisfatoriamente com o seu meio (White, 1975 citado por Guimarães & Boruchovitch, 2004). A teoria da autodeterminação reconhece a importância dos sentimentos de Competência e eficácia para o comportamento motivado. Tendo isso em conta, refere que uma pessoa com vontade de agir tem a necessidade de experimentar algum nível de eficácia e confiança. Esse sentido de Competência pode estar relacionado não só às habilidades e história da pessoa, dentro do domínio do comportamento em foco, mas também com os aspetos do ambiente social. Assim, quando as pessoas ao redor do sujeito sejam eles treinadores, companheiros, pais ou outros, fornecerem feedback positivo

significativo, os sentimentos de Competência podem ser melhorados e, portanto, a motivação pode ser aumentada. Os eventos sócio contextuais, como por exemplo, o feedback positivo em situações de desafio de nível ótimo, fortalecem a percepção de Competência no decorrer de uma ação, e conseqüentemente aumentam a ocorrência da motivação intrínseca (Guimarães & Boruchovitch, 2004). Inversamente, quando os outros são críticos ou fornecem feedback negativo, os sentimentos de Competência diminuem e a probabilidade da pessoa se tornar desanimada e emocionalmente não envolvida é intensificada (Ryan et al., 2009).

Relacionamento: A Teoria da Autodeterminação postula que um senso de conexão e pertença é essencial para o bem-estar e integridade. O conceito de Relacionamento refere-se a esse senso de conexão com os outros, um sentido que abrange um sentimento de ser incluído e mantido por outros dentro do domínio de ação. Mas geralmente, sugere que, num contexto de relacionamento os indivíduos apresentem maior probabilidade de internalizar valores ambientais e habilidades. A relação é suportada pelo calor, cuidado e o envolvimento que os outros transmitem (Deci et al., 2009). Quando essa necessidade é frustrada, mesmo em parte, as suas conseqüências afetam o equilíbrio emocional e o bem-estar geral do indivíduo (Guimarães & Boruchovitch, 2004). Quando as pessoas experimentam pouca satisfação relativamente à Necessidade de Relacionamento, tendem a valorizá-la menos, embora a sua satisfação seja essencial para o bem-estar diário (Moller, Deci, & Elliot, 2008 citado por Ryan & Deci, 2008; Reis, Sheldon, Gable, Roscoe, & Ryan, 2000).

O sentimento de Competência não é, por si só, suficiente para promover um aumento da motivação intrínseca. É necessário o acompanhamento da percepção de Autonomia, em que a situação ou o contexto não deve sufocar a noção de liberdade individual ou de volição, e também o sentido de responsabilidade por um desempenho competente. Assim sendo, pode concluir-se que as circunstâncias ou condições do contexto que promovem a percepção de Autonomia e de Competência, denominadas informativas, são promotoras da motivação intrínseca. Autonomia e Competência têm sido, então, consideradas essenciais para a motivação intrínseca, mas não somente, pois a necessidade de pertencer ou de estabelecer vínculos, também se encontra integrada neste trio de necessidades (Guimarães & Boruchovitch, 2004). Estas três Necessidades Psicológicas Básicas interdependentes (Competência, Autonomia e Relacionamento) são condições necessárias para a motivação intrínseca (Ryan et al., 2009), na medida em que a satisfação de cada uma delas reforça e fortalece as demais (Deci & Ryan, 2000). Esta ideia tem sido suportada pela investigação desenvolvida neste domínio, como a levada a cabo por Ryan, Williams, Patrick, & Deci (2009), que constataram que no domínio da atividade física, seja ela desporto, exercício, ou outras formas de esforço, a satisfação das três Necessidades Psicológicas Básicas facilita a motivação intrínseca e a internalização. Em contrapartida, quando as necessidades são frustradas, os indivíduos deixam de estar mobilizados para a ação e são menos propensos a manter o seu comportamento ativo nos locais onde essas necessidades não estão a ser atendidas. Além disso, todas as três necessidades desempenham um papel no processo de internalização. Especificamente, a regulação externa

exige minimamente Competência, mas geralmente envolve pouca Autonomia e Relacionamento. A introjeção também requer alguma competência, mas a pessoa pode sentir que, para manter a Necessidade de Relacionamento (por exemplo, a aprovação da outra) a Autonomia pode ser sacrificada. Regulações mais integradas, no entanto, são acompanhadas por percepções de ambos, Autonomia e Competência, bem como um sentimento de inclusão e pertença (Ryan et al., 2009).

2.2.1. As Necessidades Psicológicas Básicas e o Bem-Estar

Dentro da Teoria da Autodeterminação existem três Necessidades Psicológicas Básicas, abordadas anteriormente (Autonomia, Relacionamento e Competência). Quando essas três necessidades são suportadas e satisfeitas dentro do contexto social, as pessoas experienciam mais vitalidade, motivação e bem-estar. Por outro lado, a frustração destas necessidades básicas leva à diminuição da Auto motivação e a um maior mal-estar (Ryan, 2009).

A TAD considera as forças percebidas que movem uma pessoa a agir, e tem sido capaz de identificar vários tipos distintos de motivação, cada um dos quais tem consequências especificáveis para a aprendizagem, desempenho, experiência pessoal, e bem-estar (Ryan & Deci, 2000). Esta teoria afirma que a saúde psicológica geral exige a satisfação das três necessidades, sendo através da satisfação destas que os indivíduos são capazes de se mover em direção à experiência de alcançar eficácia, conectividade e motivação intrínseca (Patrick, Canevello, Knee, & Lonsbary, 2007). As três Necessidades Psicológicas Básicas parecem ser essenciais para facilitar o funcionamento ideal das propensões naturais para o crescimento e integração, bem como para o desenvolvimento social construtivo e bem-estar pessoal (Ryan & Deci, 2000).

A teoria das Necessidades Psicológicas Básicas, ao estudar essas necessidades liga-as diretamente ao conceito de bem-estar, pois postula que cada necessidade exerce efeitos independentes sobre o bem-estar, e além disso, sugere que o impacto de qualquer comportamento ou evento no bem-estar é em grande parte uma função das suas relações com a satisfação das necessidades. Os estudos realizados acerca das Necessidades Psicológicas Básicas demonstram que a satisfação destas últimas agregadas preveem diferenças inter individuais tanto na saúde e bem-estar, como nas flutuações de bem-estar que ocorrem nas pessoas ao longo do tempo (Ryan, 2009).

Grande parte da investigação sobre a Teoria da Autodeterminação revela também que a satisfação dessas três necessidades está diretamente associada ao bem-estar e que cada necessidade contribui unicamente para o bem-estar (Patrick, et al., 2007).

As comparações realizadas entre pessoas cuja motivação é autêntica (internalizada) e aquelas que são meramente controladas externamente por uma ação revelam que as primeiras, em relação às últimas, demonstram mais interesse, entusiasmo e confiança (Ryan & Deci, 2000). Estes são manifestados segundo Sheldon, Ryan, Rawsthorne, & Ilardi (1997), tanto com melhor desempenho, persistência e criatividade, como segundo Nix, Ryan, Manly e Deci (1999) com elevada vitalidade. Já segundo Deci e Ryan (1995) são também manifestados pela autoestima

e segundo Ryan, Deci, & Grolnick (1995 citado por Ryan & Deci, 2000) por um bem-estar geral. Isto verifica-se quando as pessoas têm o mesmo nível de Competência percebida ou autoeficácia para a atividade (Ryan & Deci, 2000). Ryan e Deci (2000), tendo em conta a relação entre os objetivos pessoais e o bem-estar propuseram a hipótese de que a busca e obtenção de alguns objetivos de vida iria proporcionar a satisfação, relativamente direta das Necessidades Psicológicas Básicas, que segundo Ryan, Sheldon, Kasser e Deci (1996) iria aumentando assim o bem-estar. Ao passo que a busca e obtenção de outros objetivos não contribuiria e poderia até prejudicar a satisfação das Necessidades Psicológicas Básicas, levando ao mal-estar (Ryan & Deci, 2000).

Ainda neste âmbito, Kasser e Ryan (1993) examinaram as diferenças individuais existentes na ênfase que as pessoas colocam nas aspirações intrínsecas (aqui entendidos como metas ou objetivos, tais como filiação, crescimento pessoal, e da comunidade que diretamente satisfazem as necessidades básicas), em comparação com as aspirações extrínsecas (metas como riqueza, fama e imagem que na melhor das hipóteses satisfaz indiretamente as necessidades). Os autores verificaram que a atribuição de uma importância elevada às aspirações intrínsecas foi positivamente associada com os indicadores de bem-estar, tais como autoestima, autorrealização, e o inverso no que diz respeito à depressão e ansiedade, enquanto, que no caso das aspirações extrínsecas aquela importância foi negativamente associada aos indicadores de bem-estar utilizados (Ryan & Deci, 2000).

Baard, Deci e Ryan (1998 citado por Ryan & Deci, 2000) mostraram que as experiências de satisfação das Necessidades de Autonomia, Competência e Relacionamento no local de trabalho dos funcionários previu o seu desempenho e bem-estar no trabalho, resultados que também vêm reforçar que, dentro de domínios específicos, especialmente aqueles centrais para a vida dos indivíduos, a Satisfação das Necessidades Psicológicas Básicas está correlacionada com a melhoria do bem-estar (Ryan & Deci, 2000). Sheldon, Ryan, Rawsthorne e Ilardi (1997) nos seus estudos demonstraram que a satisfação em cada um dos vários papéis de vida (e.g. estudante, empregado, amigo), em relação ao próprio significa a satisfação do indivíduo, foi atribuível ao grau em que esse papel suporta autenticidade e funcionamento autónomo (Ryan & Deci, 2000). Da mesma forma, Sheldon, Reis, e Ryan (1996) realizaram um estudo que analisou variações diárias no bem-estar para mostrar que dentro da pessoa existem flutuações diárias na Satisfação da Necessidade de Autonomia e de Competência. O estudo previu flutuações intrapessoais em resultados como humor, vitalidade, sintomas físicos, e autoestima (Ryan & Deci, 2000).

Num estudo mais recente, Reis et al., (2000) descobriram que variações no cumprimento de cada uma das três necessidades (ou seja, Competência, Autonomia e Relacionamento) previu de forma independente variabilidades no bem-estar diário (Ryan & Deci, 2000). Patrick, Canevello, Knee & Lonsbary (2007), descobriram que as flutuações diárias na Satisfação das Necessidades Psicológicas Básicas previu flutuações diárias no bem-estar (foi testada em várias formas, incluindo a utilização de um índice global de satisfação das

necessidades, que se agrega através das três necessidades, e testando a contribuição única de cada necessidade).

Sheldon et al., (1996) estudaram ambas as diferenças individuais na necessidade de competência, bem como nas flutuações diárias na Necessidade de Autonomia. Reis et al. (1996) focado principalmente na Necessidade de Autonomia e Competência, descobriu que, em geral, os indivíduos que normalmente experienciam uma maior satisfação das Necessidades de Autonomia e Competência tendiam a ter melhores dias, em média, conforme indicado pela sua tendência a experienciar mais afeto positivo e vitalidade e menos efeitos negativos e sintomas físicos como dores de cabeça, desconforto no estômago, dificuldade em dormir, entre outros (Patrick et al., 2007). Além disso, as flutuações diárias na satisfação das necessidades também foram associados ao bem-estar, de tal forma que nos dias em que os participantes experimentaram mais satisfação das necessidades, eles também experienciaram um maior bem-estar. Tanto para descobertas inter e intrapessoais, como para a satisfação das necessidades de Autonomia e Competência cada um contribuiu para a variância única na previsão de bem-estar individual (Patrick et al., 2007).

Num estudo semelhante, que examina as três necessidades, Reis et al., (2000) relataram resultados similares aos relatados por Sheldon et al., (1996). Então, ambos os grupos de pesquisadores encontraram evidências para a associação entre a satisfação das necessidades e o bem-estar. Tanto nos níveis de análise inter e intrapessoal, encontrando uma contribuição independente de cada necessidade para o bem-estar individual (Patrick et al., 2007).

Ilardi, Leone, Kasser e Ryan (1993) examinaram a relação entre a satisfação da necessidade e o bem-estar em contextos específicos e observaram padrões semelhantes de resultados. Em estudos de satisfação das Necessidades Psicológicas Básicas em ambientes de trabalho, os relatórios dos funcionários sobre a satisfação das suas Necessidades De Autonomia, Competência e Relacionamento foram associados à autoestima dos trabalhadores e saúde em geral e a uma maior vitalidade e menor ansiedade e sintomas físicos (Baard, Deci, e Ryan, 2000 citado por Patrick et al., 2007).

Num outro estudo de Deci et al., (2001), o sentido daqueles resultados verificou-se tanto em amostras americanas como nas búlgaras. Igualmente, entre os residentes de um lar de idosos, a autonomia diária e satisfação da Necessidade de Relacionamento, foram positivamente relacionados ao bem-estar e saúde percebida (Kasser & Ryan, 1999; Vallerand & O'Connor, 1989).

Patrick et al.,(2007) realizaram três estudos sobre a importância da satisfação das necessidades no funcionamento do relacionamento e bem-estar. No Estudo 1, os autores descobriram que a satisfação das necessidades se associada a um maior bem-estar individual (maior autoestima, efeito mais positivo, efeito menos negativo, mais vitalidade), ligação mais segura (menos esquivo e menos ansioso nas relações), melhor qualidade do relacionamento (maior satisfação e compromisso), menos conflito percebido, e respostas mais adaptativas para o conflito (mais compreensivo e menos defensivo). Ao examinar a contribuição única de cada necessidade para estes resultados, um padrão consistente emergiu sugerindo que, embora cada

uma das necessidades tinham contribuído de diferentes formas para indicadores de bem-estar individual, a Necessidade de Relacionamento foi o mais forte e único preditor de funcionamento da relação e bem-estar (Patrick et al., 2007).

Os autores no 2º Estudo, que incluiu uma amostra constituída por casais, analisou como cada cumprimento das necessidades dos parceiros contribui para os resultados da relação. E concluíram, que os benefícios da satisfação das necessidades, especificamente as que dizem respeito ao funcionamento do relacionamento e bem-estar, não se limitam ao indivíduo em si mesmo, mas revertem também para o seu parceiro(a). Para a satisfação das Necessidades de Competência e Autonomia, houve efeitos significativos na previsão da satisfação entre os parceiros, no conflito percebido e nas respostas defensivas para o conflito. Para a Necessidade de Relacionamento, a satisfação das necessidades previu contentamento, compromisso, conflitos percebidos, respostas de entendimento para os conflitos e respostas defensivas para o conflito; o único efeito significativo nos parceiros foi a previsão de contentamento. Mais importante, as análises envolvendo a combinação de satisfação das necessidade dos parceiros (isto é, as interações entre ambos) mostrou que quando ambos os parceiros experienciam maior agrado na satisfação da Necessidade de Relacionamento, experienciam uma maior satisfação com o relacionamento, menos conflito percebido, e respostas menos defensivas para o conflito. Assim, quando ambos os parceiros experienciam maior satisfação da Necessidade de Relacionamento, experimentaram um melhor funcionamento do seu relacionamento e bem-estar (Patrick et al., 2007).

No Estudo 3, os autores Patrick et al. (2007) procuraram analisar os mecanismos através dos quais o cumprimento das necessidades contribui para o funcionamento da relação e bem-estar e incorporou um procedimento diário no qual os participantes registaram cada desentendimento que tiveram com seu parceiro ao longo de um período de 10 dias. Os resultados mostraram que os indivíduos que tiveram maior satisfação da necessidade tinham razões mais autónomas ou intrínsecas para estarem no seu relacionamento (que por sua vez foram associados a maior satisfação e compromisso após desacordos) em relação a outros participantes. Quando às Necessidades de Autonomia, Competência e Relacionamento foram simultaneamente inseridas na equação, a Necessidade de Relacionamento, uma vez mais surgiu como o mais forte preditor desses resultados (Patrick et al., 2007).

Juntos, os resultados destes três estudos destacam a importância da satisfação das Necessidades Psicológicas Básicas no funcionamento do relacionamento e bem-estar e a relevância particular da relação relativamente a esses resultados. Em cada estudo, a satisfação das necessidades e cada necessidade individual foram associadas a vários aspetos do funcionamento do relacionamento e bem-estar. No entanto, quando cada necessidade foi inserida na equação simultaneamente (estudos 1 e 3), A Necessidade de Relacionamento emergiu de forma consistente como a mais forte e, em muitos casos, como o único indicador destes resultados. Ressaltando assim a satisfação da Necessidade de Relacionamento como um grande preditor de bem-estar. Na pesquisa atual, a Necessidade de Relacionamento foi o mais forte preditor de motivação intrínseca (Patrick et al., 2007).

Um estudo de Chen, et al. (2015) constatou que a satisfação das três Necessidades Psicológicas Básicas especificadas pela TAD, sendo elas, Autonomia, Relacionamento e Competência, contribuem para o bem-estar psicológico dos participantes de diversos países. Além disso, essas relações não foram moderadas por diferenças individuais em quão fortemente as pessoas valorizam ou desejam a satisfação das necessidades. Estes resultados sugerem que a satisfação das Necessidades Psicológicas Básicas são nutrientes essenciais para o funcionamento humano ideal, através das diferenças individuais e culturais.

Para Ryan & Deci (2000) as Necessidades Psicológicas Básicas são consideradas como nutrientes essenciais, sendo que para os menos isso implica que os indivíduos não possam prosperar (desfrutar de bem-estar) sem a satisfação de todas as necessidades, assim como as pessoas podem prosperar com água e comida, mas não apenas com um destes elementos. Um exemplo disso poderá ser, um ambiente social que dá competência, mas não consegue nutrir relacionamento, sendo esperado que resulte em algum empobrecimento do bem-estar. Os contextos sociais que geram conflitos entre as necessidades básicas criam condições para a alienação e psicopatologia (Ryan et al., 1995 citado por Ryan & Deci, 2000), como quando é exigido pelos pais que a criança desista da sua Autonomia, para se sentir amada (Ryan & Deci, 2000).

Portanto, as Necessidades Básicas de Competência, Autonomia e Relacionamento devem ser satisfeitas em todo o ciclo de vida de um indivíduo para este poder experimentar uma sensação contínua de integridade e bem-estar ou "eudaimonia" (Ryan & Frederick, 1997; Waterman, 1993). Estes estudos suportam a visão de que as Necessidades Psicológicas Básicas são determinantes no que respeita à experiência ótima e bem-estar na vida diária (Ryan & Deci, 2000).

3. Comportamentos de Saúde

O objetivo fundamental das organizações de saúde, nacional e mundial, é a promoção da saúde e da qualidade de vida das populações. Segundo (Gill, et al., 2011) a investigação e a intervenção, em diversos campos relacionados com a saúde, tem-se centrado na promoção da saúde positiva e do bem-estar.

Os comportamentos de saúde, segundo a WHO (2016), são definidos como sendo as ações que as pessoas desenvolvem com o propósito de promover, proteger ou manter a sua saúde. Segundo (Johnson, Scott-Sheldon, & Carey, 2010) é essencial a mudança no domínio dos comportamentos de saúde para a prevenção da doença, morbidade prematura e mortalidade. (Mokdad, Marks, Stroup, & Gerberding, 2004). Também defendem ser essencial para a promoção da saúde, e que as ações de prevenção acarretam menores custos e menos efeitos iatrogênicos (estado de doença, efeitos adversos ou complicações causadas por ou resultantes do tratamento médico) do que as intervenções medicadas. Desde 1950 que os estudos iniciaram a associação de determinados comportamentos de risco à doença e mortalidade, apesar de só nas últimas décadas se ter reconhecido a sua importância enquanto dimensão dos cuidados relativos à saúde, pelo que, a mudança de comportamento, desde a interrupção do consumo

tabágico, estilos de vida como padrões alimentares e exercício físico, a comportamentos de procura de serviços de saúde e adesão terapêutica, tornou-se um objeto de estudo e alvo de intervenção (Armstrong, 2009).

Está comprovada a existência de vários comportamentos com influência na saúde, mas a alimentação e a atividade física, são os comportamentos prioritários para a saúde pública, segundo a WHO (World Health Organization-Organização Mundial de Saúde). Os padrões alimentares pouco saudáveis e a inatividade física são os principais fatores de risco associados às doenças crônicas, tais como diabetes, doenças cardiovasculares e cancro e que podem ser alvo de intervenção e mudança.

3.1. Comportamento Alimentar

O estudo do comportamento alimentar tem vindo a despertar um grande interesse, pois trata-se de um importante elemento para o sucesso das intervenções nutricionais (Toral & Slater, 2007) e porque existe uma ênfase na investigação sobre o comportamento alimentar enquanto elemento fundamental para a compreensão de determinadas patologias (Viana & Sinde, 2003).

A nutrição é a ingestão de alimentos, considerada em relação às necessidades nutricionais do corpo. Uma boa nutrição, ou seja, uma dieta adequada, bem equilibrada combinada com atividade física regular é uma pedra angular da boa saúde. Já a má nutrição pode levar a imunidade reduzida, aumento da suscetibilidade à doença, desenvolvimento físico e mental prejudicados, e redução da produtividade (WHO, 2016).

Pode definir-se comportamento alimentar como o ato que envolve a ingestão de alimentos e também os aspetos qualitativos/psicossociais relacionados com a seleção e decisão de quais os alimentos a consumir (Viana, 2002; Viana & Sinde, 2003; Viana & Sinde, 2006). Segundo Bellisle (2009) os mecanismos que influenciam o comportamento alimentar revelam-se bastante complexos. Os “comedores humanos” possuem um comportamento de ingestão de alimentos que inclui atividades de seleção e compra de uma vasta gama de alimentos, organização de padrões reais de refeição, e ingestão. Implicando interações sociais, tarefas cognitivas (para avaliação de custos ou contagem de calorias, por exemplo), atitudes psicológicas (como preferências e crenças a longo prazo), hábitos e respostas a estímulos sensoriais, entre muitas outras influências. Então para este autor, comer é um ato social que vai para além das necessidades básicas de alimentação, indispensável ao desenvolvimento dos valores vitais, comum a todo o ser humano. Para além de se encontrar associado às relações sociais, às escolhas inseridas em cada indivíduo através de gerações e às sensações proporcionadas pelos sentidos (Nestle, et al., 1998).

Nos seres humanos, os fatores psicológicos desempenham um papel crucial na determinação das escolhas alimentares e comportamentos. Existem dimensões psicológicas, tais como "emoção" (comer em situações que provocam sensações positivas ou negativas), ou "externalidade" (vulnerabilidade para comer em resposta a estímulos ambientais), que podem

potencialmente ter um impacto sobre o controlo da ingestão de alimentos, do peso e do corpo (Bellisle, 2009).

Essas atitudes psicológicas não são consideradas transtornos alimentares. São respostas idiossincráticas a alguns aspetos do ambiente que podem potencialmente desencadear respostas inadaptadas a determinados alimentos. A sua intensidade é baixa em "comedores normais", mas pode tornar-se alta e preocupante em pessoas que não apresentam " transtornos alimentares", conforme definido pelos manuais de psiquiatria. Por exemplo, no atual ambiente alimentar, que muitos especialistas chamam de ambiente "tóxico" ou "obeso" ", pode-se argumentar que um nível de "moderação" é uma resposta saudável. " A desinibição ", bem como " alimentação externa" são observados em quase todos, em circunstâncias especiais (festas, celebrações de todos os tipos, exposição a algum alimento excepcionalmente palatável, etc.) Quando tais circunstâncias não são suficientemente frequentes para perturbar o equilíbrio de energia, por outro lado, o prazer de comer pode contribuir de forma inofensiva para a qualidade de vida. Em alguns indivíduos, no entanto, essas atitudes relacionadas à alimentação e peso corporal atingem uma intensidade suficientemente alta para perturbar o bem-estar da pessoa e afetar o controlo do peso corporal. Estes não se apresentam equivalentes, mas podem levar a " transtornos alimentares ", tais como a bulimia nervosa ou compulsão alimentar, conforme definido nos manuais psiquiátricos (Bellisle, 2009).

Viana, Candeias, Rego & Silva,(2009), defendem também que as escolhas alimentares são determinadas por fatores de tipo biológicos, económicos, sociais e culturais, familiares, psicológicos e emocionais, bem como pelo prazer associado aos paladares. Sendo que, para estes autores, na grande maioria dos casos as preferências são adquiridas. A seleção e ingestão de alimentos, tal como o seu consumo rotineiro ou repetido, caracteriza o comportamento alimentar (Ramos & Stein, 2000; Viana, Santos & Guimarães, 2008), sendo que este é aprendido e evolui desde a primeira infância, especificamente desde os primeiros dias de vida (Viana et al., 2008).

As emoções são fenómenos psicológicos. Ao falar sobre emoções, pensamos em raiva, alegria, tristeza ou simpatia. É claro que as emoções também estão ligadas à nossa digestão. A educação nutricional, atitudes em relação à comida, cozinhar e "classificação", encontram-se ligados às emoções. A comida pode ser associada a emoções positivas e negativas. Pode então ser vista como uma recompensa/presente ou como um escape ao que nos incomoda tanto no excesso como na recusa do seu consumo. Existem pessoas que comem quando se sentem felizes ou comemoram algo, como em casamentos e outras festas. E existem pessoas que ao experimentar sentimentos de tristeza, procuram os alimentos como forma de ajuda a esquecer as emoções negativas, pois os alimentos mantêm o nosso sistema digestivo a trabalhar não permitindo pensar sobre o que nos incomoda. Por outro lado, existem também algumas pessoas que tentam resolver os seus problemas, recusando comida e negando a fome. Em ambos os casos, há um risco de problemas psicossomáticos graves (Veselá & Grebeňová, 2010).

O controlo consciente da ingestão de alimentos ou, pelo contrário, o consumo excessivo de alimentos pode indicar a presença de distúrbios alimentares tais como anorexia/ bulimia ou

obesidade/excesso de peso. Neste caso, é necessário procurar causas psicológicas e sociais. O tratamento de tais doenças psicossomáticas é demorado e, em alguns casos, quase impossível. Devido ao crescente número de distúrbios psicossomáticos associados à ingestão de alimentos, a atenção dada aos aspetos fisiológicos de nutrição não deve ser exagerada, mas deve ser dada especial atenção aos aspetos psicológicos e sociais (Veselá & Grebeňová, 2010).

Viana, Santos e Guimarães (2008) também defendem que embora o desejo de alimentos e o apetite se baseie numa necessidade biológica, a grande maioria dos comportamentos integrados no processo de saciedade são, muito provavelmente, aprendidos. Pode afirmar-se que o comportamento que implicam a seleção e a ingestão de alimentos preferidos é aprendido e evolui desde os primeiros dias influenciado pela maturação e aspetos constitucionais, pelos agentes de socialização, por fatores afetivos e da interação mãe-criança-família. A publicidade, especialmente a que se divulga na TV e a satisfação ou insatisfação com o corpo mostram-se poderosos determinantes dos hábitos alimentares dos jovens (Viana, Santos, & Guimarães, 2008).

A aprendizagem do estilo alimentar depende da oportunidade da criança para se relacionar com os alimentos de acordo com indícios internos associados à fome e à saciedade. É de esperar que entre as crianças e as mães exista alguma similaridade de estilos alimentares uma vez que são, em geral, as mães quem mais intervém e modelam as experiências alimentares dos filhos (Johannsen, Johannsen, & Specker, 2006). A criança deve ser estimulada a aprender a controlar a duração e a frequência das refeições ao longo do dia (Viana, Candeias, Rego, & Silva, 2009). Diversos autores estão de acordo em que a melhor atitude dos pais será fornecer comida variada e saudável e permitir que a criança escolha as quantidades e selecione o que vai comer tendo em conta indícios internos de fome e saciedade (Story & Brown, 1987). No entanto, alguma atenção dos pais enquanto modeladores das escolhas dos filhos parece ter consequências positivas (Viana et al., 2009).

George (2014 citado por DGS), no seguimento da ideia anterior, defende que 70% dos determinantes de saúde estejam fora do sector da saúde. Esses determinantes podem ser agrupados em categorias como: fixos ou biológicos (idade, sexo, fatores genéticos); sociais e económicos (pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão social); ambientais (*habitat*, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social); estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual); acesso aos serviços (educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer). Todos estes determinantes influenciam o estado de saúde individual, familiar ou comunitário [George (2014) citado por DGS].

Para Viana et al., (2009) é possível que a “cultura” e o “social” se tenham vindo a impor e tenham “travestido” o biológico e o instintivo, e por isso afirmam que fomos perdendo sensibilidade na regulação das necessidades nutricionais. Então, o grande desequilíbrio formado entre o consumo e o gasto de energia tem tido, como consequência uma vasta gama de transtornos alimentares.

Pode então afirmar-se que o sistema alimentar global encontra-se doente, débil. Isto porque, milhões de pessoas não ganham o suficiente para comer, e milhões de outras estão a

ingerir demasiados alimentos errados. Existem diversas famílias que não conseguem suportar os custos de alimentos ricos em nutrientes suficientes, como é o caso das frutas e legumes frescos, do feijão, da carne e do leite. Por isso, consomem alimentos e bebidas ricos em gorduras, açúcar e sal, pois são baratos e acessíveis. Hoje em dia, e devido a este facto a desnutrição e o sobrepeso são considerados problemas que afetam as pessoas dentro das mesmas comunidades (Chan, 2014).

Para a WHO (2016), a alimentação é considerada saudável se habitualmente o consumo de frutas e vegetais for elevado e o consumo de gorduras, açúcares, sal e bebidas alcoólicas for reduzido. Mas os alimentos pobres em nutrientes e bebidas adoçadas com açúcar, alimentos processados, densos em energia, com um aumento do tamanho da porção recomendada e com preços acessíveis, têm substituído alimentos frescos minimamente processados e água em muitas configurações nas refeições escolares e familiares. O acesso fácil a este tipo de alimentos (altamente energéticos e bebidas adoçadas com açúcar e o incentivo tácito para um "tamanho-maior" das porções da refeição através de anúncios publicitários) têm contribuído para a ingestão calórica crescente em muitas populações.

Por ser na infância que os hábitos alimentares se formam, é necessário que se entenda quais os seus fatores determinantes, para que assim seja possível propor processos educativos efetivos para a mudança do padrão alimentar das crianças. Pois a alimentação surge como sendo um dos fatores que contribui para o aparecimento de doenças crónico-degenerativas no ser humano, que se apresentam hoje em dia como a principal causa de morte nos adultos (Ramos & Stein, 2000). De acordo com diversos estudos, as doenças no mundo moderno associam-se a comportamentos considerados nocivos tais como o sedentarismo, consumo de álcool e tabaco, stresse e alimentação desequilibrada (Levesque, et al., 2007; Sabiston & Crocker, 2008).

As doenças crónicas não transmissíveis (como a diabetes, as doenças cerebrocardiovasculares, o cancro e as doenças respiratórias crónicas, entre outras), em 2010, representavam 60% de todas as causas de morte e eram geradoras de 47% dos encargos gerais com a saúde. Situação que, no entanto, exhibe uma preocupante tendência para se acentuar, na medida em que no ano 2020 estima-se que aquelas percentagens subam, respetivamente, para 73% e 60%. São doenças com expressão epidémica que exibem curvas não só crescentes como descontroladas, e que diversas vezes têm um denominador comum, o facto de estarem associadas a comportamentos. Por estas razões, constituem graves problemas de saúde pública, sendo que se apresentam como as principais causas de morte prematura, ou seja morte "antes do tempo", isto é, antes dos 70 anos de idade (George, 2014). Daí que a WHO (2016) defenda a alimentação saudável e a atividade física como fatores de promoção e proteção da saúde, dado inúmeras investigações que o apontam, pelo que, se revela urgente promover estes comportamentos, de forma a proporcionar às pessoas uma vida mais saudável. De entre os determinantes da saúde, os estilos de vida saudáveis ocupam um lugar de relevo pela aparente facilidade que apresentam na obtenção de mais ganhos ao nível da saúde (George, 2014).

Sabe-se que as modificações no comportamento alimentar são essenciais para a prevenção de doenças relacionadas com a alimentação e assim promover a saúde dos indivíduos (Ramos & Stein, 2000). Pois a má alimentação e a inatividade física explicam, em grande parte, a tendência crescente do aumento de doenças como a diabetes, as doenças cerebrovasculares, o cancro entre outras, que estão, igualmente, na origem de incapacidades e de mortes prematuras evitáveis (George , 2014).

Segundo a WHO (2016), não é suficiente confiar na rotulagem nutricional ou em códigos simples, como etiquetas ou estrelas de saúde. Todos os governos deveriam liderar o desenvolvimento e difusão de orientações dietéticas adequadas e específicas aos contextos alimentares para adultos e crianças. As informações necessárias deveriam ser fornecidas através da comunicação social dos estabelecimentos de ensino e de mensagens de saúde pública sob formas que atinjam todos os segmentos da população, de modo a que toda a sociedade esteja habilitada a fazer escolhas mais saudáveis. Deveriam garantir que as informações e orientações adequadas sobre nutrição para adultos e crianças fossem elaboradas e divulgadas de forma simples, compreensível e acessível a todos os grupos da sociedade. E que assim que as crianças entrassem na escola, a educação para a saúde e nutrição fossem incluídas no currículo e apoiadas por um ambiente escolar de promoção da saúde. Uma vez que, ser “saudável” depende de fatores biológicos e genéticos, do sistema de cuidados de saúde, do ambiente físico e social no qual as pessoas vivem, e dos comportamentos e estilos de vida (Aronson, Norton, & Kegler, 2007).

Tendo em conta a complexidade do tema e as inúmeras influências às quais se encontra submetido, sugere-se o aprofundamento de pesquisas sobre os determinantes do comportamento alimentar para que possibilite maior impacto nas ações de promoção de práticas alimentares saudáveis (Toral & Slater, 2007).

3.1.2. Comportamento Alimentar em Portugal

As medidas defendidas para o comportamento alimentar em Portugal são muito semelhantes às da Organização Mundial de Saúde, uma vez que se guiam por estas. Em Portugal, e segundo George (2014), tem havido uma constante insistência na necessidade de uma mudança ao nível alimentar, no sentido de promover a saúde e prevenir as doenças. Segundo o autor, e em concordância com a WHO (2016), essas mudanças implicam, essencialmente, assegurar o balanço energético e peso do corpo equilibrados, limitar o consumo de gorduras, dando preferência às insaturadas, aumentar o consumo de fibras (vegetais e frutas), reduzir os açúcares e o sal. O autor defende que a adoção de comportamentos saudáveis, no que concerne a uma alimentação equilibrada, requer um investimento das Escolas, pois, em adultos, revela-se mais improvável obter “mudanças” imediatas dos comportamentos, coletivamente aceites. Essa dificuldade revela-se duplamente agravada, pois existem riscos invisíveis e silenciosos como é o caso das dislipidémias e hipertensão arterial, e também por exigirem aquelas alterações do comportamento (especialmente no que diz respeito à alimentação).

O programa Portugal - Alimentação Saudável em Números 2015” apresentado pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2016), revela um grande marco nos últimos quatro anos, pois existe uma estabilização do crescimento da obesidade e do aumento do peso corporal, medido através do Índice de Massa Corporal, registado pelas crianças portuguesas. Ainda assim, a proporção de crianças com excesso de peso em Portugal, encontra-se acima da média europeia, e esta relaciona-se com as desigualdades sociais. Em Portugal 31,6% dos adolescentes encontrava-se em excesso de peso (incluindo obesidade) em 2013, sendo que em 2008 o número era maior 37,9%. Em comparação, Inglaterra tem 29% das crianças, entre os 2 e os 15 anos a apresentar excesso de peso (incluindo obesidade) em 2013, bem como a Escócia (Public Health England, 2016).

Existe ainda um número crescente de crianças e adolescentes que referem nunca comer frutas e produtos hortícolas, que quase não têm ao seu dispor produtos como leite e seus derivados e apresentam um baixo consumo de leguminosas. Outras conclusões enfatizadas na análise do Programa são que os alimentos comercializados no mercado português apresentam um elevado conteúdo de gorduras trans e que existe um consumo excessivo de sal por parte das crianças e adolescentes. Pode então concluir-se que os inadequados hábitos alimentares dos portugueses constituem o primeiro fator de risco para a perda de anos de vida. A obesidade e outras doenças crónicas, como as doenças cardiovasculares, cancro ou diabetes estão claramente dependentes de uma alimentação saudável. A má alimentação é considerada em estudos internacionais, como sendo responsável por 11,96% do total de anos de vida perdidos de forma prematura pelas mulheres portuguesas, e 15,27% no sexo masculino percentagem que sobe.

A má alimentação de pobre qualidade, afeta com maior intensidade dentro da população portuguesa, crianças, idosos e grupos socioeconómicos mais vulneráveis, contribuindo assim para um aumento das desigualdades no que diz respeito à saúde. Segundo o que este Programa revela, aproximadamente, uma em cada 14 famílias portuguesas avaliadas, devido à falta de dinheiro pode não consumir alimentos suficientes.

Todos estes fatores colocam ênfase no caminho a percorrer para a promoção de mudanças dos hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis na população Portuguesa.

“Ao longo do ano de 2015, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável participou ativamente na consolidação de uma política alimentar e nutricional em Portugal, alertando para a necessidade de se reforçar o papel das famílias, dos profissionais de saúde e do sistema educativo na área alimentar, permitir o acesso a informação de qualidade sobre hábitos alimentares, seus determinantes e consequências, investir-se na prevenção e promoção de hábitos alimentares saudáveis, assim como combater as desigualdades em saúde (DGS, 2016).”

3.2. Teoria da Autodeterminação no Âmbito da Saúde

A teoria da autodeterminação (TAD), área de estudo do comportamento e da motivação, tem contribuído para a compreensão das razões que levam as pessoas a adotarem

e manterem determinados comportamentos, nomeadamente no âmbito da saúde e da doença (Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008). A aplicação dos princípios deste modelo teórico no estudo dos processos motivacionais em diferentes comportamentos de saúde é reconhecida como relevante, pela comunidade científica, assim como a sua aplicação no contexto da prática dos cuidados de saúde. De acordo com (Vallerand, Koestner, & Pelletier, 2008) esta teoria, não só permite uma melhor compreensão dos processos motivacionais em diversas áreas, por exemplo, educação, trabalho, atividades de lazer e cuidados de saúde, como também orienta intervenções para melhorar a condição humana.

São essenciais outros elementos para a compreensão do processo através do qual as pessoas decidem iniciar um novo comportamento de saúde e mantê-lo ao longo do tempo. O conhecimento dos processos e mecanismos inerentes ao comportamento humano permite a identificação de formas de promover a motivação na prática (Chatzisarantis, Hagger, Biddle, Smith, & Wang, 2003). Conhecer a forma de promover uma maior volição e proatividade, em contraste com a passividade e controlo (Ryan & Deci, 2000) pode-se vir a tornar uma estratégia para o sucesso das intervenções promotoras dos comportamentos de saúde.

A teoria da autodeterminação considera que o desenvolvimento da autonomia e competência, assim como um sentimento de pertença, são essenciais para o processo de internalização e integração, através do qual as pessoas assumem uma posição mais autorregulada e mantêm comportamentos que conduzem à saúde e bem-estar (Ryan et al., 2008). Muitas vezes as pessoas envolvem-se numa mudança de comportamento apenas pelo controlo externo (motivação controlada), em função de uma recompensa, ou para evitar uma sanção, ou ainda por pressão social, por exemplo, “pratico exercício para ser recompensado” (Rodgers & Loitz, 2009). A motivação controlada pode resultar também da regulação introjetada, ou seja, a pessoa age para receber aprovação, ou ainda para evitar a desaprovação dos outros bem como sentimentos de culpa, por exemplo “pratico exercício para não me sentir culpado” (Rodgers & Loitz, 2009). De acordo com a TAD, ambas as formas de regulação, externa e introjetada, não promovem a adesão aos comportamentos de saúde ao longo do tempo (Ryan et al., 2008). Se existir uma mudança comportamental e esta resultar da motivação autónoma, é maior a probabilidade dessa mudança se manter a longo prazo (Ryan et al., 2008). Uma das formas de motivação autónoma é através da regulação identificada, neste caso a pessoa age porque se identifica com o valor ou importância do comportamento em causa, por exemplo, “pratico exercício porque é importante para a minha saúde” (Rodgers & Loitz, 2009). Por fim, a regulação integrada faz emergir um nível superior de motivação autónoma, porque o comportamento de saúde, para além de ser valorizado pela pessoa, vai de encontro ao seu estilo de vida e a outros valores que ela considera fundamentais para a sua vida, por exemplo “pratico exercício porque sou uma pessoa ativa” (Rodgers & Loitz, 2009). No processo de internalização e integração também é importante que a pessoa experiencie confiança e competência para a mudança (Ryan et al., 2008). A TAD sugere que a energia psicológica necessária para iniciar e manter uma mudança de comportamento a longo prazo resulta, em parte, da perceção da pessoa de que esta iniciou o comportamento por sua própria iniciativa e

de que possui as competências para assumir essa mudança (Williams, McGregor, Zeldman, Freedman, & Deci, 2004). Nos últimos anos cresceu a investigação sobre os processos psicológicos que estão na base da mudança do comportamento saudável, bem como as intervenções facilitadoras dessa mudança, nomeadamente estudos no âmbito da teoria da autodeterminação. A investigação demonstra que a regulação autónoma, a perceção de Competência e o suporte autónomo, são preditores de comportamentos de saúde (Deci & Ryan, 2000b).

No estudo de Sabiston e Crocker (2008) a mudança do comportamento alimentar e exercício físico, associa-se à perceção de Competência. A Competência percebida é um fator preditivo da alteração e manutenção de outros comportamentos relevantes para a saúde, por exemplo, na cessação tabágica (Williams, et al., 2006) e na adesão ao tratamento da diabetes (Williams, Freedman, & Deci, 1998). Vários estudos sugerem que as pessoas com uma motivação mais autónoma têm mais facilidade em alterar o seu comportamento e mantêm essa alteração ao longo do tempo (Ryan et al., 2008). O que se verificou na participação de pessoas obesas em programas de perda de peso (Deci, Freedman, Grow, Ryan, & Williams, 1996), num programa de cessação tabágica (Williams, Ryan, Gagné, & Deci, 2002), na adesão a um programa de desintoxicação alcoólica (Ryan, Plant, & O'Malley, 1995). O desenvolvimento de uma motivação mais autónoma também parece ser essencial para a adoção e manutenção de uma alimentação saudável, e para promover maior autorregulação do comportamento alimentar (Teixeira, Patrick, & Mata, 2011).

Gillison, Standage e Skevington (2006) ao estudarem uma população de adolescentes mostram que um aumento na motivação autónoma prediz valores elevados de exercício físico nos tempos de lazer e melhor qualidade de vida. E Levesque, et al. (2007) no estudo que realizaram contemplando três comportamentos de saúde (e.g., não fumar, atividade física e alimentação saudável), referem que a regulação autónoma se associa positivamente à perceção de Competência, maior consumo de frutas e vegetais, e mais atividade física. Os resultados de uma revisão de 66 estudos sobre a atividade física e exercício físico, realizados à luz da TAD, são consistentes e suportam a associação entre as formas mais autónomas de motivação e a atividade/exercício físico (Teixeira, Carraça, Markland, Silva, & Ryan, 2012). Nos estudos analisados a regulação identificada é um melhor preditor do início e manutenção da atividade física a curto prazo, do que a motivação intrínseca, por seu lado, a motivação intrínseca mostra-se melhor preditor da manutenção desse comportamento a longo prazo. Apesar dos estudos, na sua maioria, seguirem um desenho descritivo, os autores referem que os resultados não diferem dos estudos prospetivos ou com desenho experimental.

O suporte proporcionado pelos profissionais de saúde ou outros significativos também se associa a maior adesão a mudanças promotoras de saúde, o que se verificou com os participantes de um programa de cessação tabágica, em programas com adultos e com adolescentes (Williams et al., 2006). Num ensaio clínico controlado, Silva (2010) aplicou os princípios da TAD no tratamento comportamental de excesso de peso em mulheres obesas. No programa de intervenção, um grupo de profissionais, de diferentes áreas científicas, procurou

criar um clima de promoção da Competência e da Autonomia, no sentido de incentivar a adoção de comportamentos passíveis de serem integrados no estilo de vida das mulheres. Os resultados deste estudo, pioneiro em Portugal, sugerem que a internalização de formas mais autónomas de regulação do comportamento facilita a adesão à prática de exercício, e simultaneamente, a redução significativa do peso (Silva, et al., 2010). E a avaliação do programa, ao longo de três anos, demonstrou a importância de não focar a intervenção apenas na mudança imediata do comportamento, mas essencialmente no processo de internalização da regulação do comportamento, de forma a transformar o exercício e a atividade física em experiências positivas e significativas para as participantes (Silva, et al., 2011).

Na perspectiva de Niemiec, Ryan, Deci e Williams (2009), os valores e objetivos de vida das pessoas são fundamentais para organizar e direcionar o comportamento. A investigação tem demonstrado que a valorização da saúde física é regulada, frequentemente, por objetivos de vida intrínsecos (e.g., desenvolvimento pessoal, relações próximas ou envolvimento na comunidade), os quais se associam a melhor funcionamento social e bem-estar psicológico, inversamente, quando a aspiração para a saúde é conduzida por objetivos extrínsecos (e.g., dinheiro, popularidade ou imagem), estes associam-se a mal-estar e pior ajustamento social (Niemiec, Ryan, & Deci, 2009).

No programa de cessação tabágica desenvolvido por Niemiec et al. (2009), em que foi proporcionado o suporte autónomo para promover a autorregulação na cessação tabágica e simultaneamente foram exploradas as aspirações de vida dos participantes, a intervenção reforçou a relação entre a valorização da saúde física e a abstinência do tabaco, com resultados de adesão ao longo de 24 meses.

Em relação à prática de exercício físico, os objetivos intrínsecos (e.g., melhorar a saúde, melhorar as competências para o exercício, ou fomentar relações significativas) associaram-se mais positivamente à autoestima, envolvimento dos participantes e bem-estar psicológico, do que os objetivos extrínsecos (e.g., melhorar a aparência física ou ser reconhecido pelo seu comportamento), destacando-se a contribuição dos objetivos intrínsecos para uma melhor adaptação e envolvimento na prática de exercício físico (Sebire, Standage, & Vansteenkiste, 2009, 2011).

Apesar das evidências referidas, no que concerne à atividade física nos tempos livres, McLachlan e Hagger (2011) consideram que a distinção entre objetivos intrínsecos e objetivos extrínsecos não reflete a complexidade do processo e da orientação motivacional subjacente aos objetivos.

Capitulo II - Componente Empírica

Este capítulo constitui uma apresentação da metodologia empregue na realização do presente estudo, incluindo a formulação de hipóteses a testar, critérios para a seleção da amostra e respetiva caracterização, descrição dos instrumentos utilizados e procedimentos de recolha e tratamento de dados.

Este estudo tem como objetivo avaliar as Necessidades Psicológicas Básicas enquanto constructo capaz de explicar o comportamento alimentar em crianças e jovens em idade escolar. Desta forma, revela-se pertinente investigar o impacto da satisfação e da frustração das necessidades nos comportamentos alimentares restritivos, emocionais e externos.

Para isso foram estabelecidas variáveis como Necessidade de Autonomia, Necessidade de Competência e Necessidade de Relacionamento, Frustração de Autonomia, Frustração de Competência e Frustração de Relacionamento dentro das Necessidades Psicológicas Básicas e também variáveis que pressupostamente se lhes associam ao nível do comportamento alimentar como é o caso da Restrição, Ingestão Emocional e Ingestão Externa.

Assim sendo, colocaram-se as seguintes hipóteses no presente estudo:

4. Hipóteses

4.1. Questão Geral de estudo:

Como enunciámos anteriormente, o presente trabalho norteia-se por uma grande questão, a saber, se existe uma relação entre as necessidades psicológicas básicas e os comportamentos alimentares em crianças e adolescentes, a que se juntam questões mais específicas de suporte que passamos a apresentar de seguida.

Trata-se de um estudo não experimental, de carácter correlacional, exploratório, entre as variáveis comportamento alimentar (Restrição, Ingestão emocional e Ingestão Externa) e necessidades psicológicas básicas (Autonomia, Competência e Relacionamento).

4.2. Hipóteses:

H1: Existe uma relação estatisticamente significativa entre a Satisfação das Necessidades e o Comportamento Alimentar.

H1a: Existe uma relação, estatisticamente significativa, entre a Satisfação da Necessidade de Autonomia e o Comportamento Alimentar (Restrição, Ingestão Emocional e Ingestão Externa).

H1b: Existe uma relação, estatisticamente significativa, entre a Satisfação da Necessidade de Competência e o Comportamento Alimentar (Restrição, Ingestão Emocional e Ingestão Externa).

H1c: Existe uma relação, estatisticamente significativa, entre a Satisfação da Necessidade de Relacionamento e o Comportamento Alimentar (Restrição, Ingestão Emocional e Ingestão Externa).

H2: Existe uma relação, estatisticamente significativa, entre a Frustração das Necessidades e o Comportamento Alimentar (Restrição, Ingestão Emocional e Ingestão Externa).

H2a: Existe uma relação, estatisticamente significativa, entre a Frustração da Necessidade de Relacionamento e o Comportamento Alimentar (Restrição, Ingestão Emocional e Ingestão Externa).

H2b: Existe uma relação estatisticamente significativa, entre a Frustração da Necessidade de Competência e o Comportamento Alimentar (Restrição, Ingestão Emocional e Ingestão Externa).

H2c: Existe uma relação, estatisticamente significativa, entre a Frustração da Necessidade de Autonomia e o Comportamento Alimentar (Restrição, Ingestão Emocional e Ingestão Externa).

H3: Existe uma diferença, estaticamente significativa, entre rapazes e raparigas nas variáveis consideradas.

H3a: Existe uma diferença, estaticamente significativa, entre rapazes e raparigas na satisfação das necessidades de Autonomia, Competência e Relacionamento.

H3b: Existe uma diferença, estaticamente significativa, entre rapazes e raparigas no comportamento alimentar de Restrição, Ingestão Emocional e Ingestão Externa.

5. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo não experimental, de carácter correlacional, exploratório, entre as variáveis Comportamento Alimentar (Restrição, Ingestão Emocional e Ingestão Externa) e Necessidades Psicológicas Básicas (Autonomia, Competência e Relacionamento)

6. Participantes

A amostra foi seleccionada por conveniência, em três escolas do ensino particular e cooperativo, localizadas nos distritos do Porto e Coimbra. A amostra total é constituída por 824 alunos (N= 824), 420 dos quais do sexo masculino, entre os 9 e os 17 anos de idade, e 404 do sexo feminino, com idades entre os 10 e os 16 anos (M=12,38 dp=1,645).

No que diz respeito à escolaridade, os participantes frequentam do 5º ao 9º ano, sendo 196 alunos do 5º ano (23,8%), 163 do 6º ano (19,8%),167 do 7º ano (20,3%), 152 do 8º ano (18,4%) e do 9º ano 146 (17,7%). No que concerne ao agregado familiar dos participantes, a maioria vive com os pais e os irmãos, cerca de 55%. Cerca de 249 alunos não tem irmãos (30,2%) e 575 (69,8%) dos alunos tem entre 1 a 8 irmãos (tabelas com dados sociodemográficos abaixo).

Tabela 1: Tabela com os dados referentes à amostra

	Escola	Idade	Sexo	Concelho	Ano de Escolaridade	Agregado Familiar	Número de Irmãos
Válido	824	824	824	824	824	824	824
Ausente	0	0	0	0	0	0	0
Média	2,10	12,38	1,49	10,72	2,87	7,39	,93
Desvio Padrão	,863	1,645	,500	7,182	1,424	8,076	,884

Tabela 2: Tabela referente às idades dos participantes

IDADE	Frequência	Percentagem
9	1	,1
10	122	14,8
11	168	20,4
12	151	18,3
13	148	18,0
14	149	18,1
15	62	7,5
16	22	2,7
17	1	,1
Total	824	100,0

Tabela 3: Tabela referente ao género dos participantes

SEXO	Frequência	Percentagem
MASCULINO	420	51,0
FEMININO	404	49,0
Total	824	100,0

Tabela 4: Tabela referente à escolaridade dos participantes

Escolaridade	Frequência	Percentagem
5ºANO	196	23,8
6ºANO	163	19,8
7ºANO	167	20,3
8ºANO	152	18,4

9ºANO	146	17,7
Total	824	100,0

Tabela 5: Tabela referente à escolaridade dos participantes

Número de Irmãos	Frequência	Porcentagem
0	249	30,2
1	448	54,4
2	89	10,8
3	24	2,9
4	9	1,1
5	3	,4
7	1	,1
8	1	,1
Total	824	100,0

7. Procedimento

Primeiramente foi feito o contacto junto e o pedido de autorização dos estabelecimentos de ensino, nos quais foi solicitada a colaboração dos alunos, tendo-se dado a conhecer os objetivos do estudo e procedimentos necessários. Para a aplicação dos questionários foram disponibilizados, pelos respetivos Estabelecimentos de ensino, locais apropriados para o efeito (e.g. sala de aulas). A aplicação destes instrumentos deu-se nos respetivos locais de ensino durante o período de aulas. Pelo fato de os participantes serem menores de idade, foi obtido o consentimento informado¹ junto dos seus responsáveis legais, contando nós com a colaboração dos estabelecimentos de ensino envolvidos nesta tarefa, após a explicitação acerca dos objetivos da investigação, do tipo de informação recolhida, da natureza voluntária, anónima e confidencial da sua participação, da inexistência de qualquer tipo de penalização pela não participação e do tempo necessário à aplicação dos instrumentos.

Seguidamente, a aplicação dos questionários² foi feita de forma coletiva, pelos próprios investigadores, tendo os participantes preenchido os questionários num único momento e após a verificação, pela nossa parte, de que todas as instruções haviam sido claramente compreendidas. Os sujeitos responderam a um conjunto de instrumentos de autorresposta composto por um questionário sociodemográfico (elaborado especificamente para esta investigação), três escalas (Perceção e Competência, Necessidades básicas e Autoeficácia Alimentar Global) e um questionário (Questionário Holandês do Comportamento Alimentar),

¹ Cedido Mediante pedido devido à não autorização de cedência por parte dos autores

² Previamente a esta aplicação final, o conjunto de instrumentos havia sido utilizado com um pequeno número de crianças/jovens com idades equiparadas no sentido de se apurarem eventuais dificuldades, dúvidas, bem como para obter dados relativos ao tempo - aproximado - de duração da aplicação.

justificado pelo facto de se tratar de uma recolha de dados integrada no âmbito de linha de investigação na qual o trabalho, que agora apresentamos, se insere. A aplicação destes instrumentos deu-se nos respetivos locais de ensino durante o período de aulas. No presente trabalho, então, e dada a natureza dos seus objetivos, apenas iremos utilizar a informação relativa a alguns dos instrumentos, sendo a restante endereçada em outros estudos a par deste.

Para o tratamento estatístico dos dados foi realizado no programa informático SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 22.

8. Instrumentos³

- **Questionário de Comportamento Alimentar (QCA)** (Viana, V. & Susana, S., 2003) - versão portuguesa do Dutch Eating Behaviour Questionnaire (Van Strien, T., Frijters, J., Bergers, G., Defares, P. (1986). (Viana, V., & Sinde, S. (2003). - O Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (D.E.B.Q.). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida & C. Machado (Eds.), *Avaliação Psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. 1, pp. 99-112). Coimbra: Quarteto.):

Este questionário destina-se à avaliação do comportamento alimentar, considerando os seus diferentes aspetos psicossociais. É um questionário de autopreenchimento, que contempla as dimensões Alimentação Externa (ingestão determinada por fatores externos como é o caso do aspeto e do aroma e também fatores do contexto social como é o caso de ver outras pessoas a ingerir alimentos (Viana & Sinde, 2006); Alimentação Emocional (ingestão determinada por fatores emocionais como por exemplo estar triste ou irritado que são variáveis que por norma desinibem e levam a que se ingira mais alimentos (Viana & Sinde, 2006); Restrição Alimentar [dois aspetos: 1º- padrão alimentar caracterizado por ciclos de dieta e restrição intercalados por ciclos de desinibição, ou seja, maioritariamente existe um controlo da ingestão dos alimentos mas por vezes deixam-se vencer pelo desejo comendo descontroladamente; 2º- fatores de ordem emocional (ex. ansiedade e depressão), fatores cognitivos (ex. Perceção de ultrapassar o limite autoimposto) e compostos com efeito sedativo e desinibidor (ex. Álcool-efeito desinibidor da restrição (Viana & Sinde, 2006)]. A escala de Restrição Alimentar inclui 10 itens, a escala de Ingestão Externa é também composta por 10 itens, e a escala de Ingestão Emocional é composta por 13 itens. Esta última subdivide-se ainda, no questionário original, em Emoções Precisas, com 9 itens e Emoções Difusas, com 4 itens. É composto por 33 itens, com uma escala de resposta de Tipo Likert com 5 pontos (nunca/raramente/às vezes/frequentemente/muito frequentemente), em que 1 representa “Nunca” e 5 representa “Muito Frequente”. A sua pontuação é obtida pela média da cotação dos itens em cada dimensão, assim sendo valores mais altos indicam maior frequência no tipo de comportamento. Por último, o QCA permite investigar grupos com perturbações alimentares do tipo obesidade, bulimia, anorexia e ingestão compulsiva. Também é utilizado para a investigação do comportamento alimentar em grupos saudáveis ou com comportamento alimentar atípico (comum prática de dietas). A sua aplicação destina-se a jovens e adultos (Viana & Sinde, 2003);

³ Cedido Mediante pedido devido à não autorização de cedência por parte dos autores

(RIAP, 2016); (Viana & Sinde, 2006). Exemplos de Itens, Ingestão Emocional (e.g. 1. *Tem desejo de comer quando se sente irritado?*); Restrição Alimentar (e.g. 4. *Quando o seu peso aumenta come menos do que o habitual?*); Ingestão Externa (e.g. 2. *Se a comida lhe sabe bem, come mais do que o habitual?*) (Viana & Sinde, 2003).

Segundo o estudo de Adaptação e Validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar à população Portuguesa, de Viana e Sinde (2003), os valores de fiabilidade (consistência Interna) - Alpha de Cronbach - são os seguintes: para a Ingestão Emocional = 0.94, Escala de Restrição = 0.92 e Ingestão Externa = 0.81. Quanto à validade de constructo foram identificados três fatores, coincidentes com a estrutura original. Pode então concluir-se que os resultados da análise fatorial realizados neste estudo confirmam a validade e robustez deste instrumento na sua aplicabilidade à população portuguesa, revelando ser um instrumento adequado ao estudo do comportamento alimentar da população portuguesa.

- Escala de Necessidades Básicas (Cordeiro, P., Paixão, P., Lens, W., Lacante, M. & Sheldon, K., 2015) - versão portuguesa da Balanced Measure of Psychological Needs (BMPN) (Scale Sheldon & Hilpert, 2012). Cordeiro, P.M., Paixão, M.P., Lens, W., Lacante, M. & Sheldon, K. (under review). The Portuguese adaptation of the Balanced Measure of Psychological Needs Scale: Dimensionality and construct validity. Learning and Individual Differences.:

Visa a avaliação do grau de satisfação e de frustração das Necessidades Psicológicas Básicas previstas na Teoria da Autodeterminação: Autonomia, Competência e Relações de Pertença. Abrange as dimensões Autonomia; Relações de Pertença; Competência; Satisfação das Necessidades; Frustração das Necessidades. É composta por 18 itens e está dividida em seis subescalas de 3 itens que medem a satisfação da autonomia, satisfação da competência e satisfação de relacionamento. Estão também presentes três subescalas de três itens adicionais para medir a insatisfação com a autonomia, insatisfação com a competência e insatisfação com o relacionamento. Exemplos de itens, Satisfação de Autonomia (e.g. 1. *As minhas escolhas são baseadas nos meus verdadeiros interesses e valores*); Satisfação de Competência (e.g. 4. *Tenho bons Resultados sempre que me envolvo em tarefas e projetos difíceis*); Satisfação de Relacionamento (e.g. 7. *Sinto-me ligado (a) a pessoas que se preocupam comigo e por que me preocupo*); Frustração de Autonomia (e.g. 10. *Eu passava bem sem muitas das pressões a que estou sujeito*); Frustração de Competência (e.g. 13. *Faço coisas disparatadas que me fizeram sentir incompetente*) e Frustração de Relacionamento (e.g. 16. *Sinto-me sozinho*) (Cordeiro, Paixão, Lens, Lacante, & Sheldon, 2016).

Apresenta uma Escala de Tipo Likert com 5 Pontos (1 - “Discordo Totalmente”; 5 - “Concordo Totalmente”). Este é um instrumento de autoquestionário destinado a jovens e adultos (Sheldon & Hilpert, 2012).

Um estudo de Cordeiro, Paixão, Lens, Lacante, e Sheldon (2016) examinou a dimensionalidade e as propriedades psicométricas do BMPN numa amostra de estudantes do ensino secundário português (Estudo 1) e investigou a validade relacionada ao critério das escalas a partir de uma amostra independente de estudantes do ensino secundário (Estudo 2).

Sendo que os resultados foram interpretados a partir de Teoria da Autodeterminação. Este estudo apresenta estimativas de confiabilidade e validade para a solução de seis fatores. Também foi encontrada confiabilidade adequada para os seis fatores BMP, com coeficientes de confiabilidade composta a variar entre 0,72 e 0,81. No que concerne à validade das pontuações, foram encontradas correlações positivas entre os três fatores de medição precisa da satisfação e também entre os três fatores que avaliam a necessidade e frustração, que sugerem a validade convergente das medidas (todos têm $\geq 0,5$). De forma geral, as associações entre as seis construções não apresentam ameaças à validade convergente e discriminante, sugerindo a adequação da solução de seis fatores para interpretar a distribuição fatorial dos itens da ENB.

9. Resultados

Neste tópico, os resultados serão apresentados em função das hipóteses operacionalizadas e das variáveis em estudo.

Primeiramente será feita uma análise das frequências e distribuições relativas a alguns dados referentes à população em estudo que se revelam interessantes uma vez que demonstram os hábitos diários dos sujeitos em estudo no que diz respeito aos seus hábitos alimentares.

Os participantes fazem em média 4,32 refeições diárias completas (44,7%), 757 alunos tomam o pequeno-almoço, a maioria fazendo-o em casa, mais propriamente 793 alunos. A maioria dos alunos (685) tomam o lanche e almoçam na escola (668). Fazem uma refeição completa (sopa, prato principal e sobremesa) ao almoço 462 alunos e ao jantar 360. A média do peso dos participantes é de 47,8 e da altura 1,79 respetivamente.

Tabela 6: Tabela referente às refeições dos participantes

		Refeições Completas	Toma Pequeno Almoço	Onde toma		Onde toma
				Pequeno Almoço	Lanche	Almoço
N	Válido	822	824	821	824	824
	Ausente	2	0	3	0	0
Média		4,32	1,08	1,12	1,17	2,05
Desvio Padrão		,959	,273	,743	,387	,947

Tabela 7: Tabela referente às refeições dos participantes

		Pratos ao Almoço	Pratos ao Jantar	Peso	Altura
N	Válido	824	824	720	731
	Ausente	0	0	104	93
Média		4,69	4,60	47,8688	1,7953
Desvio Padrão		1,215	1,359	12,16466	5,93454

Tabela 8: Tabela referente à frequência e percentagem de refeições completas dos participantes

Refeições completas		Frequência	Percentagem
Válido	1	2	,2
	2	23	2,8
	3	102	12,4
	4	368	44,7
	5	258	31,3
	6	52	6,3
	7	16	1,9
	8	1	,1
	Total	822	99,8
Ausente	Sistema	2	,2
Total		824	100,0

Tabela 9: Tabela referente ao pequeno-almoço dos participantes

Toma Peq. Almoço		Frequência	Percentagem
Válido	Sim	757	91,9
	Não	67	8,1
	Total	824	100,0

Tabela 10: Tabela referente ao local onde os participantes tomam o pequeno-almoço

Onde toma o pequeno-almoço		Frequência	Percentagem
Válido	Casa	793	96,2
	Café	7	,8
	Escola	4	,5
	Carro	3	,4
	Não Toma	6	,7
	A Caminho Da Escola	1	,1
	Casa, Escola	5	,6
	Casa, Café, Escola	1	,1
	Não Responde	1	,1
	Total	821	99,6
Ausente	Sistema	3	,4
Total		824	100,0

Tabela 11: Tabela referente ao lanche dos participantes

Lanche		Frequência	Porcentagem
Válido	Sim	685	83,1
	Não	136	16,5
	Às Vezes	3	,4
	Total	824	100,0

Tabela 12: Tabela referente ao local do almoço dos participantes

Onde Almoça		Frequência	Porcentagem
Válido	Casa	106	12,9
	Escola	668	81,1
	Restaurante	23	2,8
	Casa Dos Avós	1	,1
	Trabalho Da Mãe	1	,1
	Casa, Escola, Restaurante	3	,4
	Casa E Escola	22	2,7
	Total	824	100,0

Tabela 13: Tabela referente aos Pratos do almoço dos participantes

Pratos ao Almoço		Frequência	Porcentagem
Válido	Sopa	13	1,6
	Prato Principal	91	11,0
	Sobremesa	2	,2
	Prato Principal E Sobremesa	91	11,0
	Refeição Completa	462	56,1
	Sopa E Prato Principal	164	19,9
	Sopa E Sobremesa	1	,1
	Total	824	100,0

Tabela 14: Tabela referente aos Pratos do Jantar dos participantes

Pratos ao Jantar		Frequência	Porcentagem
Válido	Sopa	7	,8
	Prato Principal	130	15,8
	Sobremesa	2	,2

Prato Principal E	122	14,8
Sombremesa		
Refeição Completa	360	43,7
Sopa E Prato Principal	194	23,5
Sopa E Sombremesa	7	,8
Não Respondeu	2	,2
Total	824	100,0

9.1. Análise Correlacional

Foi feita uma análise bivariada da correlação, apresentada nas tabelas mais abaixo, das variáveis em estudo com o propósito de responder às hipóteses associativas enunciadas. Esta análise, da matriz de correlações, verificou que não existe um efeito de multicolinearidade, pois as variáveis independentes, usadas no modelo preditivo, apresentaram uma correlação inferior .75, valor a partir do qual geralmente se produzem problemas de multicolinearidade (Marôco, 2010).

O coeficiente de correlação Pearson (r) varia de -1 a 1. O sinal indica direção positiva ou negativa do relacionamento e o valor sugere a força da relação entre as variáveis. Uma correlação perfeita (-1 ou 1) indica que o *score* de uma variável pode ser determinado exatamente ao se saber o *score* da outra (Filho & Júnior, 2009). No outro oposto, uma correlação de valor zero indica que não há relação linear entre as variáveis. Para Cohen (1988 citado por Filho & Júnior, 2009), valores entre 0,10 e 0,29 podem ser considerados pequenos; escores entre 0,30 e 0,49 podem ser considerados como médios; e valores entre 0,50 e 1 podem ser interpretados como grandes. Dancey e Reidy (2005 citado por Filho & Júnior, 2009) apontam para uma classificação ligeiramente diferente: $r = 0,10$ até $0,30$ (fraco); $r = 0,40$ até $0,60$ (moderado); $r = 0,70$ até 1 (forte). Seja como for, o certo é que quanto mais perto de 1 (independente do sinal) maior é o grau de dependência estatística linear entre as variáveis. No outro oposto, quanto mais próximo de zero, menor é a força dessa relação. O gráfico de dispersão abaixo apresenta um exemplo de uma relação linear entre duas variáveis hipotéticas (Filho & Júnior, 2009). Para efeitos da nossa análise e interpretação iremos utilizar a classificação proposta por (Dancey & Reidy, 2005 citado por Filho & Júnior, 2009).

Como se pode constatar pela tabela abaixo (Tabela 15), existe uma correlação significativa entre o comportamento alimentar e as necessidades psicológicas básicas. Mais propriamente essa correlação encontra-se entre as variáveis Ingestão Emocional e Frustração de Autonomia ($r=.153$; $p < 0.01$), Frustração de Competência ($r=.240$; $p < 0.01$), e Frustração de Relacionamento ($r=.281$; $p < 0.01$). Apesar de essa correlação existir e ser significativa, pode afirmar-se que pelos valores de “ r ” que aquela ainda se considera é fraco (ainda que já mais próxima do limite considerado para a moderada) uma vez que se encontram próximas de 0. Revelando que quanto mais frustradas as necessidades psicológicas básicas estão, mais aumenta a Ingestão Emocional. Também se pode verificar uma correlação significativa, desta feita,

negativa entre Ingestão Emocional e Satisfação de Competência ($r=-.180$; $p < 0.01$). Apesar de esta se considerar fraca, por se encontrar muito perto de 0, os resultados revelam que se a Necessidade de Competência for satisfeita menos Ingestão Emocional existe.

Tabela 15: Tabela referente à correlação de pearson entre Ingestão Emocional e Satisfação/Frustração de Autonomia Competência e Relacionamento

Ingestão emocional	Satisfação de Autonomia	Satisfação de Competência	Satisfação de Relacionamento	Frustração de Autonomia	Frustração de Competência	Frustração de Relacionamento
Correlação de pearson	-,032	-,180**	-,029	,153**	,240**	,281**

*Correlação significativa a 0,05

** Correlação significativa a 0,01

Como se pode constatar pela tabela abaixo (Tabela 16), existe uma correlação significativa entre o comportamento alimentar e as necessidades psicológicas básicas. Mais propriamente essa correlação encontra-se entre as variáveis Restrição e Frustração de Autonomia ($r=.159$; $p < 0.01$), Frustração de Competência ($r=.182$; $p < 0.01$), e Frustração de Relacionamento ($r=.176$; $p < 0.01$). Apesar de essa correlação existir, pode afirmar-se que pelos valores de “ r ” que estas são consideradas fracas, uma vez que se encontram próximas do valor 0. Revelando que quanto mais frustradas as necessidades psicológicas básicas estão, mais aumenta a Restrição Alimentar. Também se pode verificar uma correlação significativas mas negativa entre Restrição e Satisfação de Competência ($r=-.074$; $p < 0.05$). Apesar de esta ser considerada fraca por se encontrar muito perto de 0, os resultados revelam que se a Necessidade de Competência for Satisfeita menos Restrição alimentar existe.

Tabela 16: Tabela referente à correlação de pearson entre Restrição e Satisfação/Frustração de Autonomia Competência e Relacionamento

Restrição	Satisfação de Autonomia	Satisfação de Competência	Satisfação de Relacionamento	Frustração de Autonomia	Frustração de Competência	Frustração de Relacionamento
Correlação de pearson	-,055	-,074*	,057	,159**	,182**	,176**

*Correlação significativa a 0,05

** Correlação significativa a 0,01

Na tabela abaixo (Tabela 17), mais uma vez se comprova a existência de uma correlação significativa entre o comportamento alimentar e as necessidades psicológicas básicas. Mais propriamente essa correlação encontra-se entre as variáveis Ingestão Externa e Frustração de Autonomia ($r=.091$; $p < 0.01$), Frustração de Competência ($r=.141$; $p < 0.01$), e Frustração de Relacionamento ($r=.128$; $p < 0.01$). Apesar de essa correlação existir, pode afirmar-se que pelos valores de “ r ” que estas são fracas uma vez que se encontram próximas de 0. Revelando que quanto mais frustradas as necessidades psicológicas básicas estão, mais aumenta a ingestão externa.

Também se pode verificar uma correlação negativa (significativa) entre Ingestão Externa e Satisfação de Competência ($r=-.080$; $p < 0.05$). Apesar de esta ser fraca - por se encontrar muito perto de 0 - é, ainda assim, significativa, e os resultados revelam que se a Necessidade de Competência for satisfeita menos Ingestão Externa existe.

Tabela 17: Tabela referente à correlação de pearson entre Ingestão Externa e Satisfação/Frustração de Autonomia Competência e Relacionamento

Ingestão externa	Satisfação de Autonomia	Satisfação de Competência	Satisfação de Relacionamento	Frustração de Autonomia	Frustração de Competência	Frustração de Relacionamento
Correlação de pearson	,035	-,080*	-,001	,091**	,141**	,128**

*Correlação significativa a 0,05

** Correlação significativa a 0,01

9.2. Diferenças estatísticas entre grupos: teste t

O teste t de Student ou somente teste t é um teste de hipótese para a igualdade das médias que usa conceitos estatísticos para rejeitar ou não uma hipótese nula quando a estatística de teste (t) segue uma distribuição t de Student (simétrica, campaniforme...). Esta análise das variáveis em estudo, apresentada nas tabelas mais abaixo, foi feita com o propósito de responder às hipóteses associativas enunciadas anteriormente relativas à comparação entre rapazes e raparigas.

A primeira tabela apresenta as medidas descritivas dos dados (dimensão n de cada amostra), média, desvio-padrão e erro-padrão amostrais) e o segundo quadro diz respeito ao teste de Levene para a homogeneidade (igualdade) das variâncias e ao teste t para a comparação de duas médias no caso de duas amostras independentes. O teste de Levene permite averiguar a homogeneidade das variâncias.

Tabela 18: Tabela referente à Média, Desvio Padrão e erro padrão da média da satisfação de Competência entre os indivíduos do sexo Masculino e Feminino

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
Satisfação de	Masculino	420	11.4238	2.00153	.09766
Competência	Feminino	404	11.3663	2.19054	.10898

Tabela 19: Tabela referente ao Teste de Levene para Igualdade de Variâncias

		Teste de Levene para Igualdade de Variâncias	
		F	Sig.
Satisfação de Competência	Igualdade de Variâncias Assumida Igualdade de Variâncias não assumida	1.909	.167

Tabela 20: Tabela referente ao Teste t de igualdade de médias

		Teste t de igualdade de médias					95% de intervalo de confiança da diferença	
		t	df	Sig. (2- tailed)	Diferença de Média	Diferença Erro padrão	Mais baixo	Superior
Satisfação de Competência	Igualdade de Variâncias Assumida	.393	822	.694	.05747	.14609	-.22927	.34422
	Igualdade de Variâncias não Assumida	.393	808.605	.695	.05747	.14634	-.22978	.34473

Neste caso, conclui-se que as variâncias são iguais nos dois grupos, uma vez que a significância (p) associada ao teste de Levene é superior a 0,05 ($p = .167$), indicando assim a homogeneidade das variâncias. O T-Test não mostrou diferenças estatisticamente significativas para um intervalo de 95% de confiança (a significância (p) associada ao teste t foi superior a 0,05 ($t(822) = .393$, $p = .694$). Assim sendo, pode afirmar-se que não existe diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à Satisfação da Competência entre rapazes e raparigas.

Tabela 21: Tabela referente à Média, Desvio Padrão e erro padrão da média da Satisfação de Autonomia entre os indivíduos do sexo Masculino e Feminino

		N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
Satisfação de Autonomia	Masculino	420	11.7214	2.31237	.11283
	Feminino	404	11.8812	2.28833	.11385

Tabela 22: Tabela referente ao Teste de Levene para Igualdade de Variâncias

		Teste de Levene para Igualdade de Variâncias	
		F	Sig.
Satisfação de Autonomia	Igualdade de Variâncias Assumida Igualdade de Variâncias não Assumida	.007	.933

Tabela 23: Tabela referente ao Teste t de igualdade de médias

		Teste t de igualdade de médias						
		t	df	Sig. (2- tailed)	Diferença de Média	Diferença Erro padrão	95% de intervalo de confiança da diferença	
							Mais Baixo	Superior
Satisfação de Autonomia	Igualdade de Variâncias Assumida	-.996	822	.319	-.15976	.16032	-.47445	.15493
	Igualdade de Variâncias não Assumida	-.997	821.336	.319	-.15976	.16029	-.47438	.15486

Neste caso, conclui-se que as variâncias são iguais nos dois grupos, uma vez que a significância (p) associada ao teste de Levene é superior a 0,05 ($p = .933$), comprovando assim a homogeneidade das variâncias. O t-Test não mostrou diferenças estatisticamente significativas para um intervalo de 95% de confiança (a significância (p) associada ao teste t foi superior a 0,05 ($T(822) = -.996$, $p = .319$). Assim sendo, pode afirmar-se que não existe diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à Satisfação da Autonomia entre rapazes e raparigas.

Tabela 24: Tabela referente à Média, Desvio Padrão e erro padrão da média da Satisfação de Relacionamento entre os indivíduos do sexo Masculino e Feminino

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
Satisfação de Relacionamento	Masculino	420	12.4452	2.21394	.10803
	Feminino	404	13.0025	2.09986	.10447

Tabela 25: Tabela referente ao Teste de Levene para Igualdade de Variâncias

		Teste de Levene para Igualdade de Variâncias	
		F	Sig.
Satisfação de Relacionamento	Igualdade de Variâncias Assumida	4.064	.044
	Igualdade de Variâncias não Assumida		

Tabela 26: Tabela referente ao Teste t de igualdade de médias

		Teste t de igualdade de médias					95% de intervalo de confiança da diferença	
		t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença de Média	Erro padrão	Mais Baixo	Mais Superior
Satisfação de Relacionamento	Igualdade de Variâncias Assumida	-3.704	822	.000	-.55724	.15044	-.85252	-.26195
	Igualdade de Variâncias não Assumida	-3.708	821.839	.000	-.55724	.15028	-.85222	-.26226

Neste caso, conclui-se que as variâncias não são iguais nos dois grupos, uma vez que a significância (p) associada ao teste de Levene é inferior a 0,05 ($p = .000$). O T-Test mostrou diferenças estatisticamente significativas para um intervalo de 95% de confiança (a significância (p) associada ao teste t foi inferior a 0,05 ($T(822) = -3.704, p = .000$)). Assim sendo, pode afirmar-se que existe diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à Satisfação de Relacionamento entre rapazes e raparigas.

Tabela 27: Tabela referente à Média, Desvio Padrão e erro padrão da média da Frustração de Autonomia entre os indivíduos do sexo Masculino e Feminino

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da
					Média
Frustração de	Masculino	420	9.5262	2.48370	.12119
Autonomia	Feminino	404	9.7797	2.60435	.12957

Tabela 28: Tabela referente ao Teste de Levene para Igualdade de Variâncias

		Teste de Levene para Igualdade de Variâncias	
		F	Sig.
Frustração de	Igualdade de	.299	.585
Autonomia	Variâncias		
	Assumida		
	Igualdade de		
	Variâncias		
	não Assumida		

Tabela 29: Tabela referente ao Teste t de igualdade de médias

		Teste t de igualdade de médias				95% de intervalo de confiança da diferença		
		t	df	Sig. (2- tailed)	Diferença de Média	Erro padrão	Mais Baixo	Superior
Frustração de	Igualdade de	-1.430	822	.153	-.25351	.17725	-.60143	.09441
Autonomia	Variâncias							
	Assumida							
	Igualdade de	-1.429	815.933	.153	-.25351	.17742	-.60176	.09473
	Variâncias							
	não Assumida							

Neste caso, conclui-se que as variâncias são iguais nos dois grupos, uma vez que a significância (p) associada ao teste de Levene é superior a 0,05 ($p = .585 > 0,05$), comprovando assim a homogeneidade das variâncias. O T-Test não mostrou diferenças estatisticamente significativas para um intervalo de 95% de confiança (a significância (p) associada ao teste t foi superior a 0,05 ($T(822) = -1.430, p = .153$). Assim sendo, pode afirmar-se que não existe diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à Frustração da Autonomia entre rapazes e raparigas.

Tabela 30: Tabela referente à Média, Desvio Padrão e erro padrão da média da Frustração de Competência entre os indivíduos do sexo Masculino e Feminino

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
Frustração de Competência	Masculino	420	9.2762	2.15838	.10532
	Feminino	404	9.5594	2.12136	.10554

Tabela 31: Tabela referente ao Teste de Levene para Igualdade de Variâncias

		Teste de Levene para Igualdade de Variâncias	
		F	Sig.
Frustração de Competência	Igualdade de Variâncias Assumida	.161	.689
	Igualdade de Variâncias não Assumida		

Tabela 32: Tabela referente ao Teste t de igualdade de médias

		Teste t de igualdade de médias				95% de intervalo de confiança da diferença		
		t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença de Média	Diferença a Erro padrão	Mais Baixo	Mais Superior
Frustração de Competência	Igualdade de Variâncias Assumida	-1.899	822	.058	-.28322	.14915	-.57598	.00955
	Igualdade de Variâncias não Assumida	-1.899	821.617	.058	-.28322	.14910	-.57588	.00945

Neste caso, conclui-se que as variâncias são iguais nos dois grupos, uma vez que a significância (p) associada ao teste de Levene é superior a 0,05 ($p = .689 > 0,05$), comprovando assim a homogeneidade das variâncias. O T-Test não mostrou diferenças estatisticamente significativas para um intervalo de 95% de confiança (a significância (p) associada ao teste t foi superior a 0,05 ($T(822) = -1.899, p = .058$). Assim sendo, pode afirmar-se que não existe diferença

estatisticamente significativa no que diz respeito à Frustração de Competência entre rapazes e raparigas.

Tabela 33: Tabela referente à Média, Desvio Padrão e erro padrão da média Frustração de Relacionamento entre os indivíduos do sexo Masculino e Feminino

	Sexo	N	Média	Erro	
				Desvio Padrão	Padrão da Média
Frustração de Relacionamento	Masculino	420	6.2881	2.90097	.14155
	Feminino	404	7.1658	3.01604	.15005

Tabela 34: Tabela referente ao Teste de Levene para Igualdade de Variâncias

		Teste de Levene para Igualdade de Variâncias	
		F	Sig.
Frustração de Relacionamento	Igualdade de Variâncias Assumida	1.674	.196
	Igualdade de Variâncias não Assumida		

Tabela 35: Tabela referente ao Teste t de igualdade de médias

		Teste t de igualdade de médias						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença de Média	Diferença Erro padrão	95% de intervalo de confiança da diferença	
							Mais Baixo	Superior
Frustração de Relacionamento	Igualdade de Variâncias Assumida	-4.258	822	.000	-.87775	.20613	-1.28235	-.47315
	Igualdade de Variâncias não Assumida	-4.255	817.063	.000	-.87775	.20628	-1.28266	-.47284

Neste caso, conclui-se que as variâncias são iguais nos dois grupos, uma vez que a significância (p) associada ao teste de Levene é superior a 0,05 ($p = .196 > 0,05$), comprovando assim a homogeneidade das variâncias. O T-Test mostrou diferenças estatisticamente significativas para um intervalo de 95% de confiança (a significância (p) associada ao teste t foi inferior a 0,05 ($T(822) = -4.258, p = .000$). Assim sendo, pode afirmar-se que existe diferença

estatisticamente significativa no que diz respeito à Frustração de Relacionamento entre rapazes e raparigas.

Tabela 36: Tabela referente à Média, Desvio Padrão e erro padrão da média da satisfação de Competência entre os indivíduos do sexo Masculino e Feminino

				Desvio	Erro
	Sexo	N	Média	Padrão	Padrão da
					Média
Ingestão	Masculino	420	18.5929	8.95192	.43681
Emocional	Feminino	404	21.8020	10.30480	.51268

Tabela 37: Tabela referente ao Teste de Levene para Igualdade de Variâncias

		Teste de Levene para Igualdade de Variâncias	
		F	Sig.
Ingestão	Igualdade de	11.556	.001
Emocional	Variâncias		
	Assumida		
	Igualdade de		
	Variâncias não		
	Assumida		

Tabela 38: Tabela referente ao Teste t de igualdade de médias

		Teste t de igualdade de médias				95% de intervalo de confiança da diferença		
		t	df	Sig. (2- tailed)	Diferença de Média	Erro padrão	Mais Baixo	Superior
Ingestão	Igualdade de	-4.778	822	.000	-3.20912	.67170	-4.52758	-1.89067
Emocional	Variâncias							
	Assumida							
	Igualdade de	-4.765	796.672	.000	-3.20912	.67353	-4.53123	-1.88701
	Variâncias não							
	Assumida							

Neste caso, conclui-se que as variâncias não são iguais nos dois grupos, uma vez que a significância (p) associada ao teste de Levene é inferior a 0,05 ($p = .001 < 0,05$), não comprovando a homogeneidade das variâncias. O T-Test mostrou diferenças estatisticamente significativas para um intervalo de 95% de confiança (a significância (p) associada ao teste t foi inferior a 0,05 ($T(822) = -4.778, p = .0000$). Assim sendo, pode afirmar-se que existe diferença

estatisticamente significativa no que diz respeito à ingestão emocional entre rapazes e raparigas.

Tabela 39: Tabela referente à Média, Desvio Padrão e erro padrão da média Restrição entre os indivíduos do sexo Masculino e Feminino

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
Restrição	Masculino	420	20.8357	8.63744	.42146
	Feminino	404	21.9975	9.20823	.45813

Tabela 40: Tabela referente ao Teste de Levene para Igualdade de Variâncias

		Teste de Levene para Igualdade de Variâncias	
		F	Sig.
Restrição	Igualdade de Variâncias Assumida	.784	.376
	Igualdade de Variâncias não Assumida		

Tabela 41: Tabela referente ao Teste t de igualdade de médias

		Teste t de igualdade de médias					95% de intervalo de confiança da diferença	
		t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença de Média	Diferença Erro padrão	Mais Baixo	Mais Superior
Restrição	Igualdade de Variâncias Assumida	-1.869	822	.062	-1.16181	.62173	-2.38218	.05856
	Igualdade de Variâncias não Assumida	-1.866	813.420	.062	-1.16181	.62250	-2.38372	.06009

Neste caso, conclui-se que as variâncias são iguais nos dois grupos, uma vez que a significância (p) associada ao teste de Levene é superior a 0,05 ($p = .376 > 0,05$), comprovando assim a homogeneidade das variâncias. O T-Test não mostrou diferenças estatisticamente significativas para um intervalo de 95% de confiança (a significância (p) associada ao teste t foi

superior a 0,05 ($T(822) = -1.8690,062$, $p = .062$). Assim sendo, pode afirmar-se que não existe diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à Restrição entre rapazes e raparigas.

Tabela 42: Tabela referente à Média, Desvio Padrão e erro padrão da média da Ingestão Externa entre os indivíduos do sexo Masculino e Feminino

Sexo	N	Média	Desvio Padrão	Erro
				Padrão da Média
Ingestão Masculino	420	26.9452	7.24902	.35372
Externa Feminino	404	26.7376	7.47903	.37210

Tabela 43: Tabela referente ao Teste de Levene para Igualdade de Variâncias

		Teste de Levene para Igualdade de Variâncias	
		F	Sig.
Ingestão Externa	Igualdade de Variâncias Assumida	.894	.345
	Igualdade de Variâncias não Assumida		

Tabela 44: Tabela referente ao Teste t de igualdade de médias

		Teste t de igualdade de médias						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Diferencia da Média	Diferença Erro padrão	95% de intervalo de confiança da diferença	
							Mais Baixo	Superior
Ingestão Externa	Igualdade de Variâncias Assumida	.405	822	.686	.20761	.51308	-.79949	1.21471
	Igualdade de Variâncias não Assumida	.404	817.981	.686	.20761	.51339	-.80010	1.21533

Neste caso, conclui-se que as variâncias são iguais nos dois grupos, uma vez que a significância (p) associada ao teste de Levene é superior a 0,05 ($p = .345 > 0,05$), comprovando assim a homogeneidade das variâncias. O T-Test não mostrou diferenças estatisticamente significativas para um intervalo de 95% de confiança (a significância (p) associada ao teste t foi superior a 0,05 ($T(822) = .405$, $p = .686$). Assim sendo, pode afirmar-se que não existe diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à Ingestão Externa entre rapazes e raparigas.

10. Discussão

A presente secção tem como objetivo a realização de uma reflexão sobre os resultados que foram obtidos, bem como refletir se o presente estudo cumpriu os objetivos delineados. O nosso ponto de partida era, então, procurar responder à questão geral deste estudo, se existe uma relação entre as necessidades psicológicas básicas e os comportamentos alimentares em crianças e adolescentes, uma vez que a literatura no domínio da Teoria da Autoderminação, incluindo a relativa às necessidades psicológicas básicas (e.g., Teixeira, Patrick, & Mata, 2011; Vansteenkiste, Lens, & Deci, 2006), aponta para a importância destas variáveis (e outras variáveis motivacionais associadas que tivemos oportunidade de referir na componente teórica deste trabalho) no domínio da saúde - física, mental - e do comportamentos alimentar.

Este contexto teórico mais alargado serviu de base à elaboração de hipótese de trabalho mais específicas, cujos dados recolhidos e respetivo teste inicial nos permitiu retirar algumas considerações. Assim, e particularizando, o teste de hipóteses demonstrou que a H1a: Existe uma relação, estatisticamente significativa, entre a Satisfação da Necessidade de Autonomia e o Comportamento Alimentar (Restrição, Ingestão Emocional e Ingestão Externa) e H1c: Existe uma relação, estatisticamente significativa, entre a Satisfação da Necessidade de Relacionamento e o Comportamento Alimentar (Restrição, Ingestão Emocional e Ingestão Externa), não são suportadas, uma vez que não foram encontrados valores de correlação estatisticamente significativos entre estas variáveis.

Já em H1b: Existe uma relação, estatisticamente significativa, entre a Satisfação da Necessidade de Competência e o Comportamento Alimentar (Restrição, Ingestão Emocional e Ingestão Externa), o teste de hipóteses demonstrou que esta hipótese é suportada pois os valores encontrados apesar de serem fracos foram estatisticamente significativos, como se pode confirmar acima, só que de forma negativa, ou seja, estes dados revelam que se a necessidade de competência for satisfeita menos Ingestão Emocional, Externa e Restrição existe. Assim sendo os resultados permitem a rejeição de H1: Existe uma relação estatisticamente significativa entre a Satisfação das Necessidades e o comportamento alimentar, uma vez que apenas uma das Necessidades apresenta relação com o comportamento alimentar. O que, de resto, vai ao encontro do que a literatura sugere (e.g., Patrick, et al., 2007; Ryan & Deci, 2000) ou do que poderíamos supor a partir dela, uma vez que os indivíduos cujos contextos promovem a Satisfação das suas Necessidades de Competência apresentam, habitualmente, mais indicadores de bem-estar e de regulação comportamental com mais internalização.

O teste de hipóteses demonstrou que, tal como hipotetizado na H2a: Existe uma relação, estatisticamente significativa, entre a Frustração de Relacionamento e o Comportamento Alimentar (Restrição, Ingestão Emocional e Ingestão Externa), H2c: Existe uma relação, estatisticamente significativa, entre a Frustração de Autonomia e o Comportamento Alimentar (Restrição, Ingestão Emocional e Ingestão Externa), se confirma a não rejeição destas, uma vez que os valores encontrados foram estatisticamente significativos, revelando

que quanto mais frustradas as necessidades psicológicas básicas estão, mais aumenta a Restrição Alimentar, a Ingestão Emocional e a Ingestão Externa. Assim sendo a H2: Existe uma relação, estatisticamente significativa, entre A Frustração das Necessidades (Frustração de Autonomia, Competência e Relacionamento) e o Comportamento Alimentar (Restrição, Ingestão Emocional e Ingestão Externa) não poderá ser rejeitada.

No que concerne às hipóteses H3a: Existe uma diferença, estatisticamente significativa, entre rapazes e raparigas na satisfação das Necessidades de Autonomia, Competência e Relacionamento, a estatística de teste de comparação entre médias não mostrou diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à Frustração da Autonomia e à Frustração de Competência entre rapazes e raparigas. Todavia, no que concerne à Frustração de Relacionamento os resultados apurados já nos indicam diferenças estatisticamente significativas entre rapazes e raparigas, indicando que a Frustração da Necessidade de Relacionamento varia em função do sexo (e.g. Martinez, Oberle, & Nagurney, 2013). Este resultado poderá ter implicações a nível dos papéis de género, uma vez que a Necessidade de Relacionamento remete para a necessidade de se sentir perto e valorizado pelos outros, importantes, ter um sentido de pertença com os colegas, família e comunidade.

Relativamente a H3b: Existe uma diferença, estatisticamente significativa, entre rapazes e raparigas no Comportamento Alimentar de Restrição, Ingestão Emocional e Ingestão Externa, a estatística de teste mostrou que existe diferença estatisticamente significativa entre rapazes e raparigas. Indicando que a o comportamento alimentar varia em função do sexo. Resultado esse que poderá ter implicações a nível dos papéis de género e alimentação.

A literatura diz-nos que as necessidades psicológicas básicas exercem influência na saúde, onde se incluem os Comportamentos Alimentares, pois se estes não forem saudáveis tanto no tipo como na forma podem prejudicar a saúde dos indivíduos como se pode verificar quando acima se fala de obesidade anorexia entre outros. O presente estudo vai ao encontro das ideias já estabelecidas acerca das necessidades Básicas e do comportamento alimentar como se pode verificar o estudo de Sabiston e Crocker (2008) em que mudança do Comportamento Alimentar e exercício físico se associa à percepção de competência. Sendo a competência percebida um fator preditivo da alteração e manutenção de comportamentos relevantes para a saúde (Williams, et al., 2006). Confirmando uma vez mais o que o presente estudo nos revela, que existe uma associação entre a necessidade de competência e os comportamentos alimentares que se mudam ou mantêm, indicando-nos que se A Necessidade de Competência for satisfeita menos Ingestão Emocional, Externa e Restrição Existe. Um outro estudo (Teixeira, Patrick, & Mata, 2011; Levesque, et al., 2007) revela que o desenvolvimento de uma motivação mais autónoma também parece ser essencial para a adoção e manutenção de uma alimentação saudável, e para promover maior autorregulação do comportamento alimentar. Ou seja, a percepção de Autonomia dos sujeitos influencia as escolhas alimentares saudáveis, o comportamento alimentar saudável. O que não se pôde comprovar neste estudo, uma vez que não se encontrou uma correlação entre a Satisfação de Autonomia e o

comportamento alimentar, ou seja este não nos revela que se esta for satisfeita, irão existir menos Comportamentos de Restrição, Ingestão Emocional e Ingestão Externa.

Indivíduos com hábitos de Ingestão Emocional (tendência para comer quando emocionalmente excitado) são especialmente propensos a relatar mais sintomas de compulsão alimentar em dias que as Necessidades Psicológicas Básicas foram frustrados (Verstuyf, Vansteenkiste, Soenens, Boone, & Mouratidis, in press), demonstrando assim a relação que existe entre a Frustração das Necessidades e a Ingestão Emocional como também se comprova no presente estudo.

No que diz respeito à Satisfação das Necessidades foram encontradas associações com uma dieta saudável, maior ingestão de frutas e vegetais (Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008), que a satisfação de cada necessidade está positivamente relacionada com o bem-estar dos alunos e que como esperado, a satisfação das necessidades não prevê mal-estar (Cordeiro et al., 2016). Quando essas três necessidades são suportadas e satisfeitas dentro do contexto social, as pessoas experienciam mais vitalidade, motivação e bem-estar (Ryan, 2009). Também Baard, Deci e Ryan (1998 citado por Ryan & Deci, 2000) mostraram que as experiências de satisfação das necessidades de Autonomia, Competência e Relacionamento no local de trabalho dos funcionários previu o seu desempenho e bem-estar no trabalho. Ryan & Deci, 2000 defendem também que a satisfação das necessidades está correlacionada com a melhoria do bem-estar (e.g. Patrick et al., 2007; Sheldon et al., 1996; Chen, et al., 2015; Reis et al., 2000).

E que as Necessidades Básicas de Competência, Autonomia e Relacionamento devem ser satisfeitas em todo o ciclo de vida de um indivíduo para este poder experimentar uma sensação contínua de integridade e bem-estar ou "eudaimonia" (Ryan & Frederick, 1997; Waterman, 1993). Estes estudos suportam a visão de que as Necessidades Psicológicas Básicas são determinantes no que respeita à experiência ótima e bem-estar na vida diária (Ryan & Deci, 2000).

Apesar destas evidências, no presente estudo apenas se encontrou associação entre uma das Necessidades Básicas, a de Competência, e o Comportamento Alimentar, estando aquela correlacionada de forma negativa ou seja, os dados revelam que se a Necessidade de Competência for satisfeita menos Ingestão Emocional, Externa e Restrição existe. O que acaba por confirmar o que nos dizem os autores acima mencionados, que de alguma forma a satisfação das necessidades está associada a um comportamento alimentar mais saudável (que pressupõe maior bem-estar) sim, mas neste estudo apenas se confirma a associação ao nível da Satisfação da Competência.

Já a Frustração das Necessidades foi relacionada com um controlo do peso não saudável (Thøgersen-Ntoumani, Ntoumanis, & Nikiparas, 2010), mais sintomas de distúrbios alimentares (Bartholomew, Ntoumanis, Ryan, & Thøgersen-Ntoumani, 2011) e mais comportamentos de compulsão alimentar (Schüler & Kuster, 2011; Verstuyf, Vansteenkiste, & Soenens, 2012). O que o presente estudo de certa forma corrobora uma vez que comprova a existência de uma relação, estatisticamente significativa, entre a Frustração de Relacionamento, a Frustração de Competência, a Frustração de Autonomia e o Comportamento Alimentar, revelando que quanto

mais frustradas as Necessidades Psicológicas Básicas estão, mais aumenta a Restrição Alimentar, a Ingestão Emocional e a Ingestão Externa, ou seja comportamentos alimentares não saudáveis. Estes resultados são consistentes com o pressuposto de que a Frustração das Necessidades bloqueia a possibilidade de Satisfação das Necessidades resultando na experiência de mal-estar ou bem-estar diminuído (Vansteenkiste & Ryan, 2013). Conforme defendido também por Ryan (2009) que nos diz que a Frustração destas Necessidades Básicas leva à diminuição da auto motivação e a um maior mal-estar, bem como Ryan e Deci (2000) que referem que a busca e obtenção de outros objetivos não contribuiria e poderia até prejudicar a Satisfação das Necessidades Psicológicas Básicas, levando ao mal-estar (Ryan & Deci, 2000). Os mesmos autores referem ainda que num ambiente social que dá Competência, mas não consegue nutrir Relacionamento, espera-se que resulte em algum empobrecimento do bem-estar. Os contextos sociais que geram conflitos entre as Necessidades Psicológicas Básicas criam condições para a alienação e psicopatologia (Ryan et al., 1995 citado por Ryan & Deci, 2000).

No que diz respeito às análises das diferenças entre rapazes e raparigas, nas Necessidades Psicológicas Básicas (Autonomia, Relacionamento e Competência) e Comportamento Alimentar (Restritivo, Ingestão Emocional, Ingestão Externa) os resultados da literatura da área são, especialmente no contexto português, escassos, e não nos permitem encontrar claros indicadores sobre intervenção específica a desenvolver. Este último aspeto parece-nos ser particularmente importante, pois uma das principais implicações que pode ser retirada dos resultados vai no sentido da promoção de contextos mais promotores da Satisfação das Necessidades Psicológicas e, acima de tudo, de contextos que garantam as condições de não frustração destas necessidades, pela relação que apresentam com o Comportamento Alimentar, e com alguns estilos em particular, e que, casos estudos e resultados futuros assim o indiquem, poder ser necessariamente diferenciado em função da variável sexo. Este resultado, como os restantes, de resto, é visto como ponto de partida para novas questões e os dados beneficiarão de outro tipo de análises, mais aprofundadas (e para lá do âmbito deste trabalho), que poderão trazer outro entendimento e outras implicações para a intervenção.

Conclusão

Ao considerar a questão que geral norteou o início do nosso trabalho e esta nossa primeira tentativa de resposta a ela, podemos dizer que, efetivamente, os dados parecem corroborar a existência de uma relação entre as Necessidades e o Comportamento Alimentar. Os moldes dessa relação apresentaram, no entanto, algumas especificidades, pois que as necessidades comportaram - se e foram avaliadas como uma só, e o comportamento alimentar, tal como foi aqui analisado, pode assumir vários estilos. Neste estudo pode concluir-se que a Satisfação das Necessidades de Autonomia e Relacionamento não se encontra associada ao Comportamento Alimentar (Restrição, Ingestão Emocional e Ingestão Externa) e que existe uma relação, estatisticamente significativa, entre a Satisfação da Necessidade de Competência e o Comportamento Alimentar (Restrição, Ingestão Emocional e Ingestão Externa) só que de forma

negativa, ou seja, estes dados revelam que se a necessidade de Competência for satisfeita menos Ingestão Emocional, Externa e Restrição existe.

Existe uma relação entre a Frustração de Relacionamento, Frustração de Competência e a Frustração de Autonomia com o Comportamento Alimentar (Restrição, Ingestão Emocional e Ingestão Externa), revelando que quanto mais frustradas as Necessidades Psicológicas Básicas estão, mais aumenta a Restrição Alimentar, a Ingestão Emocional e a Ingestão Externa.

Não foram encontradas diferenças no que diz respeito à Frustração da Autonomia e à Frustração de Competência entre rapazes e raparigas, bem como não foram encontradas diferenças no que diz respeito à Satisfação da Competência e Satisfação da Autonomia entre rapazes e raparigas.

No que concerne à Frustração de Relacionamento foram encontradas diferenças entre rapazes e raparigas, bem como no que diz respeito à Satisfação de Relacionamento entre rapazes e raparigas.

O presente estudo concluiu também que existe uma diferença significativa no que diz respeito à Ingestão Emocional, à Restrição e à Ingestão Externa entre rapazes e raparigas. Apesar do interesse por este tema, não foi possível encontrar muitos estudos que sustentassem as hipóteses em estudo, o que se revelou uma desvantagem por um lado, mas por outro poderá ser encarado como uma vantagem, uma vez que poderá suscitar o interesse a autores dentro desta área no intuito de explorar melhor estas hipóteses e também porque vem revelar resultados e explorar hipóteses que ainda não tinham sido exploradas, pelo menos nestes termos. Outra vantagem poderá ser o contributo deste estudo da relação de variáveis que, tendo - em separado - reunido já o interesse dos investigados e dado azo a um conjunto de estudos, não tinha ainda, pelo menos no nosso conhecimento e da revisão efetuada à época, sido testada, mas que a teoria sugeria (e, pelos vistos os dados obtidos neste estudo apontam para isso) que fazia sentido ser explorada e este carácter inovador é importante, mas carece de continuidade.

Em termos gerais os dados beneficiariam de uma análise mais profunda, de novos estudos que dessem seguimento ao teste do cruzamento destas variáveis, realizando uma análise mais profunda das relações entre as variáveis. Sinaliza-se o facto de este estudo incluir instrumentos de investigação com características psicométricas recomendáveis e que foram utilizadas em outras amostras e a utilização de uma escala muito recente (ENPB), ainda em desenvolvimento, e em uma nova amostra. O que poderá ser considerado um contributo e, ao mesmo tempo, um desafio ou limitação, por não existirem muitos dados. Os dados existentes para a escala recente (ENPB), apesar de reduzidos, davam garantias da sua utilização para a população portuguesa. Os autores da área sugerem o recurso a esta medida (balanceada) na avaliação das necessidades psicológicas básicas (em detrimento das medidas não balanceadas), e da evidência prévia da sua adequação, e daí se ter optado pela sua inclusão no presente estudo, apesar de serem ainda incipientes os dados.

O facto de se tratar de um estudo correlacional, num único momento no tempo, faz com que não se possam tirar conclusões de relação de causalidade, e o fato de ter sido

desenvolvido no âmbito de um trabalho académico, com um limite temporal circunscrito, não nos permitiu aprofundar, como desejável, o desenvolvimento do estudo.

Como vantagem podemos ressaltar a importância do estudo da Satisfação e Frustração das Necessidades Psicológicas Básicas (Autonomia, Competência e Relacionamento), pois estas representam mecanismos chave para entender como se desenvolvem distúrbios alimentares e como as pessoas gerem ou não os seus padrões alimentares (Verstuyf, Patrick, Vansteenkiste, & Teixeira, 2012). Uma vez que a comida é uma parte integrante da vida humana, explorar temas como o comportamento alimentar é importante para a sociedade de hoje, que é obcecada pelo culto do corpo atraente e desejável (Veselá & Grebeňová, 2010) e por outro lado apresenta um crescimento notável do número de indivíduos com excesso de peso e obesidade (DGS, 2011). O controlo consciente da ingestão de alimentos ou, o seu consumo excessivo pode indicar a presença de distúrbios alimentares tais como anorexia/ bulimia ou obesidade/excesso de peso. Assim sendo, é necessário procurar causas psicológicas e sociais, pois o tratamento de tais doenças psicossomáticas é demorado e, em alguns casos, quase impossível. Devido ao crescente número de distúrbios psicossomáticos associados à ingestão de alimentos, a atenção dada aos aspetos fisiológicos de nutrição não deve ser exagerada, mas deve ser dada especial atenção aos aspetos psicológicos e sociais (Veselá & Grebeňová, 2010).

Daí a necessidade se realizarem mais estudos que relacionem o comportamento alimentar com as necessidades psicológicas básicas por forma a ajudar a modificar os “maus” comportamentos alimentares para “bons” comportamentos alimentares por forma a prevenir/extinguir casos de distúrbios alimentares que tanto caracterizam a nossa sociedade.

Referências Bibliográficas

- Aronson, R. E., Norton, B. L., & Kegler, M. C. (2007). Achieving a "Broad View of Health": Findings From the California Healthy Cities and Communities Evaluation. *Health Education & Behavior*, 34 , 441-452.
- Cooke, L. J., Wardle, J., Gibson, E. L., Sapochnik, M., Sheiham, A., & Lawson, M. (2003). Demographic, familial and trait predictors of fruit and vegetable consumption by pre-school children. *Public Health Nutrition*, 7(2), 295-302.
- Cordeiro, P., Paixão, P., Lens, W., Lacante, M., & Sheldon, K. (2016). Factor structure and dimensionality of the balanced measure of psychological needs among Portuguese high school students. Relations to well-being and ill-being. *Learning and Individual Differences- ELSEVIER*, 51-60.
- Filho, D. B., & Júnior, J. S. (2009). Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). *Revista Política Hoje.* , 18(1), 115-146.
- Levesque, C. S., Bodenhamer, B., Elliot, D., Finley, P. J., Pickering, M. A., & Williams, G. C. (2007). Validating the theoretical structure of the Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ) across three different health behaviors. *HEALTH EDUCATION RESEARCH*, 22, 691-702.
- Liem, D. G., & Graaf, C. (2004). Sweet and sour preferences in young children and adults: Role of repeated exposure. *Physiology & Behavior*, 83 , 421-429.
- Niemiec, C. P., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2009). The path taken: Consequences of attaining intrinsic and extrinsic aspirations in post-college life. *Journal of Research in Personality*, 43, 291-306.
- Sabiston, C. M., & Crocker, P. R. (2008). Examining an integrative model of physical activity and healthy eating self-perceptions and behaviors among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 42, 64-72.
- Teixeira, P. J., Patrick, H., & Mata, J. (2011). Why we eat what we eat: the role of autonomous motivation in eating behaviour regulation. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*, 36, 102-107.
- Williams, G. C., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (1998). Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *DIABETES CARE*, 21(10), 1644-1651.
- Armstrong, D. (2009). Origins of the Problem of Health-related Behaviours: A Genealogical Study. *Social Studies of Science*, 39, 909-926.
- Baard, P. P., Decy, E. L., & Ryan, R. M. (2004). Intrinsic Need Satisfaction: A Motivational Basis of Performance and Well-Being in Two Work Settings. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 2045-2068.
- Bartholomew, K. J., Ntoumanis, N., Ryan, R. M., & Thøgersen-Ntoumani, C. (2011). Psychological Need Thwarting in the Sport Context: Assessing the Darker Side of Athletic Experience. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 33, 75-102.
- Bellisle, F. (2009). How and why should we study ingestive behaviors in humans? *Food Quality and Preference*, 20 , 539-544.

- Black, A. E., & Deci, E. L. (2000). The Effects of Instructors'Autonomy Support and Students'Autonomous Motivation onLearning Organic Chemistry:A Self-Determination Theory Perspective. *John Wiley & Sons, Inc.*, 84, 740-756.
- Chan, M. (Abril de 2014). *Nutrition: FAO/WHO Second International Conference on Nutrition (ICN2)*. Obtido em 22 de Abril de 2016, de World Health Organization: http://www.who.int/nutrition/topics/WHO_FAO_announce_ICN2/en/
- Chatzisarantis, N. L., Hagger, M. S., Biddle, S. J., Smith, B., & Wang, J. C. (2003). A Meta-Analysis of Perceived Locus of Causality in Exercise, Sport, and Physical Education Contexts. *Journal of Sport and Exercice Psychology*, 25, 284-306.
- Chen, B., Beyers, W., Boone, L., Deci, E. L., Duriez, B., Kaap-Deeder, J. V., Verstuyf, J. (2015). Basic psychological need satisfaction, need frustration, and need strength across four cultures. *Motiv Emot*, 39, 216-236.
- Deci , E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 227-268.
- Deci , E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology*, 182-185.
- Deci, E. L., & Gagné, M. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 331-362.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology*, 49, 182-185.
- Deci, E. L., Freedman, Z. R., Grow, V. M., Ryan, R. M., & Williams, G. C. (1996). Motivational Predictors of Weight Loss and Weight-Loss Maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 115-126.
- Deci, E. L., Gagné, M., Ryan, R. M., Kornazheva, B. P., Leone, D. R., & Usunov, J. (2001). Need Satisfaction, Motivation, and Well-Being in the Work Organizations of a Former Eastern Bloc Country: A Cross-Cultural Study of Self-Determination. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 930942.
- DGS. (2011). A activdade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar. Lisboa, Portugal.
- DGS. (2016). Portugal - Alimentação Saudável em Números 2015 - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. *DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE*, 1-95. Obtido de <http://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-alimentacao-saudavel-em-numeros-2015.aspx>
- George , F. (2014). Obtido de Direção Geral de Saúde: www.dgs.pt
- Gill, D. L., Chang, Y.-K., Murphy, K. M., Speed, K. M., Hammond, C. C., Rodriguez, E. A., Shang, Y.-T. (2011). Quality of Life Assessment for Physical Activity and Health Promotion. *Springer Science+Business Media B.V./*, 6, 181-200.
- Gillison, F. B., Standage, M., & Skevington, M. (2006). Relationships among adolescents' weight perceptions,exercise goals, exercise motivation, quality of life and leisure-time exercise behaviour: a self-determination theory approach. *HEALTH EDUCATION RESEARCH Theory & Practice*, 1-12.

- Guimarães, S. E., & Boruchovitch, E. (2004). O Estilo Motivacional do Professor e a Motivação Intrínseca dos Estudantes: Uma perspectiva da Teoria da Autodeterminação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 143-150.
- Guimarães, S. É., & Bzuneck, J. A. (2008). Propriedades Psicométricas de um Instrumento para a Avaliação da Motivação de Universitários. *Ciências & Cognição*, 101-113.
- Hagger, M. S., Hardcastle, S. J., Chater, A., Mallett, C., Pal, S., & Chatezisarantis, N. L. (2014). Autonomous and Controlled Motivational Regulations for Multiple Health-related Behaviours: Between-and Within-participants Analyses. *Health Psychology & Behavioural Medicine*, 565-601.
- Humana, L. d. (1 de Fevereiro de 2016). *RIAP*. Obtido de Repositório de Instrumentos de Avaliação Psicosocial e Autoregulação na Actividade Física, Alimentação e Gestão do Peso
<http://repositorio.fmh.ulisboa.pt/component/instruments/34?view=instrument&name=DEBQ>
- Ilardi, B. C., Leone, D., Kasser, T., & Ryan, R. M. (1993). Employee and Supervisor Ratings of Motivation: Main Effects and Discrepancies Associated with Job Satisfaction and Adjustment in a Factory Setting. *Journal of Applied Social Psychology*, 23(21), 1789-1805.
- Johannsen, D. L., Johannsen, N. M., & Specker, B. L. (2006). Influence of Parents' Eating Behaviors and Child Feeding Practices on Children's Weight Status. *OBESITY*, 14(3).
- Johnson, B. T., Scott-Sheldon, L. A., & Carey, M. P. (2010). Meta-Synthesis of Health Behavior Change Meta-Analyses. *Research and Practice*, 100, 2193-2198.
- Kasser, T., & Ryan, R. M. (1993). A Dark Side of the American Dream: Correlates of a Financial Success as a Financial Aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 410-422.
- kasser, V. G., & Ryan, R. M. (1999). The Relation of Psychological Needs for Autonomy and Relatedness to Vitality, Well-Being, and Mortality in a Nursing Home. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(5), 935-954.
- Kourlaba, G., Kondaki, K., Grammatikaki, E., Roma-Giannikou, E., & Manios, Y. (2009). Diet quality of preschool children and maternal perceptions/misperceptions: The GENESIS study. *Public Health*, 123, 738-742.
- Lens, W., Matos, L., & Vansteenkiste, M. (2008). Professores como Fonte de Motivação dos Alunos: O Quê e o Porquê da Aprendizagem do Aluno. *Educação*, 17-20.
- Levesque, C. S., Bodenhamer, B., Elliot, D., Finley, P. J., Pickering, M. A., & Williams, G. C. (2007). Validating the theoretical structure of the Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ) across three different health behaviors. *HEALTH EDUCATION RESEARCH*, 22(5), 691-702.
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: RepostNumber LDA.
- Martinez, J. V., Oberle, C. D., & Nagurney, A. J. (2013). Basic Psychological Needs in Predicting Exercise Participation. *Advances in Physical Education*, 3 (1), 20-27.

- McLachlan, S., & Hagger, M. S. (2011). The Influence of Chronically Accessible Autonomous and Controlling Motives on Physical Activity Within an Extended Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology, 41*(2), 445-470.
- Mokdad, A. H., Marks, J. S., Stroup, D. F., & Gerberding, J. L. (2004). Actual Causes of Death in the United States, 2000. *JAMA, 291* , 1238-1245.
- Nestle, M., Birch, L., DiSogra, L., Drewnowski, A., Economos, C., Middleton, S., . . . Winston, M. (1998). Behavioral and Social Influences on Food Choice. *Nutrition Reviews, 56*, 50-74.
- Niemiec, C. P., Ryan, R. M., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2009). Aspiring to physical health: The role of aspirations for physical health in facilitating long-term tobacco abstinence. *Patient Education and Counseling, 74*, 250-257.
- Niemiec, C. P., & Ryan, R. M. (2009). Autonomy, competence, and relatedness in the classroom: Applying self-determination theory to educational practice. *Theory and Research in Education, 7*, 133-144.
- Nix, G. A., Ryan, R. M., Manly, J. B., & Deci, E. L. (1999). Self-Regulation: The Effects of Autonomous and Controlled Motivation on Happiness and Vitality Revitalization through. *Journal of Experimental Social Psychology, 35*, 266-284.
- Patrick, H., Canevello, A., Knee, C. R., & Lonsbary, C. (2007). The Role of Need Fulfillment in Relationship Functioning and Well-Being: A Self-Determination Theory Perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*, 434-457.
- Public Health England. (5 de Outubro de 2016). *Public Health England*. Obtido de Public Health England: http://www.noo.org.uk/NOO_about_obesity/child_obesity/UK_prevalence
- Ramos, M., & Stein, L. M. (2000). Desenvolvimento do Comportamento Alimentar Infantil. *Jornal de Pediatria* , 229-237.
- Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L., Roscoe, J., & Ryan, R. M. (2000). Daily Well-Being: The Role of Autonomy, Competence, and Relatedness. *PSPB, 26* (4), 419-435.
- Rodgers, W. M., & Loitz, C. C. (2008). The Role of Motivation in Behavior Change: How Do We Encourage Our Clients To Be Active? *ACSM's Health & Fitness Journal, 13*(1), 7-12.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Academic Press*, 54-67.
- Ryan, R. (2009). Self-Determination Theory and Wellbeing. *Wellbeing in Developing Countries (WED)*, --.
- Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of personality, 63*(3), 397-427.
- Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality,, 63*, 397-427.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist, 68*-78.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A Self-Determination Theory Approach to Psychotherapy: The Motivational Basis for Effective Change. *Canadian Psychology, 186*-193.

- Ryan, R. M., & Frederick, C. (1997). On Energy, Personality, and Health: Subjective Vitality as a Dynamic Reflection of Well-Being. *Journal of Personality*, 65(3), 529-565.
- Ryan, R. M., Kuhl, J., & Deci, E. L. (1997). Nature and autonomy: An organizational view of social and neurobiological aspects of self-regulation in behavior and development. *Development and Psychopathology*, 9, 701-728. Obtido de <https://www.researchgate.net/publication/13781714>
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10, 2-5.
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial Motivations for Alcohol Treatment: Relations With Patient Characteristics, Treatment Involvement, and Dropout. *Addictive Behaviours*, 20(3), 279-37.
- Ryan, R. M., Sheldon, K. M., Kasser, T., & Deci, E. L. (1996). All goals are not created equal: An organismic perspective on the nature of goals and their regulation. *Psychology of Action: Linking Cognition and Motivation to Behaviour*, 7-25.
- Ryan, R. M., Williams, G. C., Patrick, H., & Deci, E. L. (2009). Self-Determination Theory and Physical Activity: The Dynamics of Motivation in Development and Wellness. *Hellenic Journal Of Psychology*, 107-124.
- Sabiston, C. M., & Crocker, P. R. (2008). Examining an Integrative Model of Physical Activity and Healthy Eating Self-Perceptions and Behaviors Among Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 42, 64-72.
- Schroeder, S. A. (2007). We Can Do Better – Improving the Health of the American People. *The new england journal of medicine*, 357(12), 1221-1228.
- Schuler, J., & Kuster, M. (2011). Binge eating as a consequence of unfulfilled basic needs: The moderating role of implicit achievement motivation. *Motiv Emot*, 35, 89-97.
- Sebire, S. J., Standage, M., & Vansteenkiste, M. (2009). Examining Intrinsic Versus Extrinsic Exercise Goals: Cognitive, Affective, and Behavioral Outcomes. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 31, 189-210.
- Sebire, S. J., Standage, M., & Vansteenkiste, M. (2011). Predicting Objectively Assessed Physical Activity From the Content and Regulation of Exercise Goals: Evidence for a Mediation Model. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 33, 175-197.
- Sheldon, K. M., Reis, H. T., & Ryan, R. (1996). What Makes for a Good Day? Competence and Autonomy in the Day and in the Person. *PSPB*, 22(12), 1270-1279.
- Sheldon, K. M., Ryan, R. M., Rawsthorne, L. J., & Ilardi, B. (1997). Trait Self and True Self: Cross-Role Variation in the Big-Five Personality Traits and Its Relations With Psychological Authenticity and Subjective Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(6), 1380-1393.
- Silva, M. A., Wendt, G. w., & Argimon, I. D. (2010). A Teoria da Autodeterminação e as Influências Socioculturais sobre a identidade. *Psicologia em Revista*, 351-369.
- Silva, M. N. (2010). *Predictors of Exercise Adherence and Weight Control: An Application of Self-Determination Theory*. Lisboa: UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA (Tese).

- Silva, M. N., Markland, D., Carraça, E. V., Vieira, P. N., Coutinho, S. R., Minderico, C. S., . . . Teixeira, P. J. (2011). Exercise Autonomous Motivation Predicts 3-yr Weight Loss in Women. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 728-737.
- Silva, M. N., Vieira, P. N., Coutinho, S. R., Minderico, C. S., Matos, M. G., Sardinha, L. B., & Teixeira, P. J. (2010). Using self-determination theory to promote physical activity and weight control: a randomized controlled trial in women. *J Behav Med*, 33, 110-122.
- Story, M., & Brown, J. E. (1987). Do young children instinctively know what to eat? *New Eng J Med*, 316(2), 103-106.
- Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Markland, D., Silva, M. N., & Ryan, R. M. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* ,, 9(78), 1-30.
- Thøgersen-Ntoumani, C., Ntoumanis, N., & Nikiparas, N. (2010). Unhealthy weight control behaviours in adolescent girls: a process model based on self-determination theory. *Psychology & Health*, 25(5), 535-550.
- Toral, N., & Slater, B. (2007). Abordagem do Modelo Transteórico no Comportamento Alimentar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1641-1650.
- Vallerand, R. J., Koestner, R., & Pelletier, L. G. (2008). Reflections on Self-Determination Theory. *Canadian Psychology*, 49, 257-262.
- Vallerand, R. J., & O'Connor, B. P. (1989). Motivation in the elderly: A theoretical framework and some promising findings. *Canadian Psychology*, 30(3), 538-550.
- Vansteenkiste, M., Lens, W., & Deci, E. L. (2006). Intrinsic Versus Extrinsic Goal Contents in Self-Determination Theory: Another Look at the Quality of Academic Motivation. *Educational Psychologist*, 19-31.
- Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2013). On Psychological Growth and Vulnerability: Basic Psychological Need Satisfaction and Need Frustration as a Unifying Principle. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 263-280.
- Verstuyf, J., Patrick, H., Vansteenkiste, M., & Teixeira, P. J. (2012). Motivational dynamics of eating regulation: a self-determination theory perspective. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(21).
- Verstuyf, J., Vansteenkiste, M., & Soenens, B. (2012). Eating regulation and bulimic symptoms: The differential correlates of health-focused and appearance-focused eating regulation. *Body Image*, 9, 108-117.
- Verstuyf, J., Vansteenkiste, M., Soenens, B., Boone, L., & Mouratidis, A. (in press). Daily Ups and Downs in Women's Binge Eating Symptoms: The Role of Basic Psychological Needs, General Self-Control, and Emotional Eating. *Journal of Social and*.
- Veselá, J., & Grebeňová, Š. (2010). The Influence of Psychological and Social Aspects on the Eating Habits of Primary School Children. *School and Health*, 21, 271-284.
- Viana, V., & Sinde, S. (2003). ESTILO ALIMENTAR: Adaptação e validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. *ResearchGate*, 1-23.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4, 611-624.

- Viana, V., & Sinde, S. (2006b). Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (DEBQ). Em M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida, & C. Machado, *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (pp. 88-99). Coimbra: Quarteto.
- Viana, V., Candeias, L., Rego, C., & Silva, D. (2009a). Comportamento Alimentar em Crianças e Controlo Parental: Uma Revisão da Bibliografia. *Revista SPCNA*, 15.
- Viana, V., Santos, P. L., & Guimarães, M. J. (2008). Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 9 (2), 209-231.
- Waterman, A. S. (1993). Two Conceptions of Happiness: Contrasts of Personal Expressiveness (Eudaimonia) and Hedonic Enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64 (4), 678-691.
- WHO. (16 de Abril de 2016). *Health topics: Nutrition*. Obtido de World Health Organization: <http://www.who.int/topics/nutrition/en/>
- WHO. (2016). Report of the commission on ending childhood obesity. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Sharp, D., Levesque, C., Kouides, R. W., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Testing a Self-Determination Theory Intervention for Motivating Tobacco Cessation: Supporting Autonomy and Competence in a Clinical Trial. *Health Psychology*, 25(1), 91-101.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Zeldman, A., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (2004). Testing a Self-Determination Theory Process Model for Promoting Glycemic Control Through Diabetes Self-Management. *Health Psychology*, 23(1), 58-66.
- Williams, G. C., Ryan, R. M., Gagné, M., & Deci, E. L. (2002). Facilitating Autonomous Motivation for Smoking Cessation. *Health Psychology*, 21(1), 40-50.