



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

A Autodeterminação e a Perceção de Competência Alimentar: Estudo exploratório

VERSÃO DEFINITIVA APÓS DEFESA PÚBLICA

Ana Margarida Fernandes Oliveira

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

Orientadora: Prof.^a Doutora Ludovina Maria de Almeida Ramos

Covilhã, dezembro de 2018

Agradecimentos

O presente trabalho resultou da dedicação e do esforço de várias pessoas, como familiares, amigos, conhecidos, docentes, entre outras pessoas.

Seria difícil agradecer individualmente a todas as pessoas que me acompanharam ao longo deste ano letivo, mas, no entanto, tenho de realçar algumas pessoas pois sem elas não teria sido possível.

Primeiro de tudo, tenho de agradecer aos meus pais, que estiveram sempre do meu lado quando mais precisei, que nunca me deixaram ir abaixo, pela dedicação ao longo destes anos e por me fazerem acreditar que era capaz de realizar mais uma etapa. Obrigada, do fundo do coração, sem eles não seria possível de todo!

Em segundo lugar, tenho de agradecer à professora e minha orientadora, Professora Doutora Ludovina Ramos, por todo o tempo disponível, por toda a compreensão, por toda a dedicação e principalmente pelo profissionalismo demonstrado não só neste ano como em todos os anos que me acompanhou.

Como não podia deixar de ser, agradecer à minha irmã por toda a preocupação demonstrada em saber como estava a correr a realização deste trabalho e também por me ter ajudado a divulgar o questionário sociodemográfico pelos seus colegas e amigos.

Agradecer também o apoio incondicional do meu namorado, não só este ano, mas sim ao longo destes 5 anos de formação. Apesar da distância, nunca deixou que isso nos afetasse de maneira alguma, foi o meu maior apoio quer nos momentos bons como nos maus.

Não menos importante, tenho de agradecer a todas as pessoas que se mostraram disponíveis em responder ao questionário sociodemográfico, sem elas parte desta investigação não teria sido possível. Devo-lhes um pedido de desculpa por, ao longo dos meses de recolha, ter sido uma pessoa chata e persistente.

Por último, e sem estar a referir nomes pois são muitos, gostaria de agradecer a todas as pessoas que me apoiaram, ou seja, família, amigos, colegas e conhecidos. Obrigada por toda a força que me deram, por todo o incentivo para terminar este trabalho da melhor maneira e por me acompanharem ao longo destes 5 anos. Obrigada, vocês são os maiores!!

Resumo

O presente estudo pretende avaliar a relação entre os níveis de autodeterminação e os níveis de perceção de competência alimentar.

Participaram no estudo, de carácter descritivo e exploratório, 119 indivíduos, com mais de 18 anos, inscritos no ano de 2017/2018 em qualquer Instituição do Ensino Superior em Portugal. Os participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 52 anos, responderam a um protocolo que contemplava os seguintes instrumentos: *Questionário sociodemográfico*, a *Escala de Autodeterminação*, versão Portuguesa da “Self-Determination Scale” (SDSp) (Sheldon & Deci, 1996; Sheldon, Ryan, & Reis, 1996; Silva, Vieira, Coutinho, Minderico, Matos, & Sardinha, 2010) e a *Escala de Perceção de Competência*, versão Portuguesa da “Perceived Competence Scale” (PCSp) (Williams, Freedman, & Deci 1998; Mestre & Ribeiro, 2008).

Não se identificaram associações estatisticamente significativas entre os níveis de autodeterminação e os níveis de perceção de competência, bem como não se apuraram diferenças, com significado estatístico, entre os níveis de autodeterminação (global), os níveis de autoconsciência, os níveis de escolha percebida em função do sexo. No caso da perceção de competência, por outro lado, os resultados sugerem diferenças, estatisticamente significativas, em função do sexo.

Os resultados obtidos não vão, na sua maioria, ao encontro da generalidade daqueles encontrados através da revisão sistemática da literatura.

Assim, e apesar da literatura existente apontar para a importância dos indicadores de autodeterminação e a perceção de competência para os comportamentos de saúde, nomeadamente aqueles relacionados com a alimentação, e para a associação entre aquelas variáveis, no presente estudo não foram encontrados resultados, com significado estatístico, para a maior parte destes enunciados, exceção feita a alguns aspetos da autodeterminação e da perceção de competência.

Terminamos com uma reflexão sobre as limitações desta investigação exploratória e das possíveis razões explicativas dos resultados encontrados, bem como sugestões de investigação futura.

Palavras-chave:

Teoria da Autodeterminação, Competência, Percepção de competência, Comportamento alimentar.

Abstract

This study aims to evaluate the relationship between the levels of self-determination and the levels of food competence perception

Participated in the study of descriptive and exploratory nature 119 individuals, with more than 18 years, registered in the year of 2017/2018 in any Institution of Higher Education in Portugal. The participants aged between 18 and 52 years responded to a protocol which envisaged the following instruments: Sociodemographic Questionnaire, “Escala de Autodeterminação”, the Portuguese version of the “Self-Determination Scale (SDSp) (Sheldon & Deci, 1996; Sheldon, Ryan, & Reis, 1996; Silva, Vieira, Coutinho, Minderico, Matos, & Sardinha, 2010) and “Escala de Perceção de Competência”, Portuguese version of the “Perceived Competence Scale” (PCSp) (Williams, Freedman, & Deci 1998; Mestre & Ribeiro, 2008).

No statistically significant associations were identified between levels of self-determination and levels of perceived competence, nor between levels of self-determination (global), levels of self-awareness, levels perceived of choice function of sex. In the case of perceived competence, on the other hand, the results suggest statistically significant differences, depending on the sex.

The results obtained do not, for the most part, meet the generality of those found through the systematic review of the literature.

Therefore, despite the existing literature indicates the importance of self-determination and perceived competence for health behaviors indicators, namely those related to food, and for the association between those variables, there were not found in the present study statistical significance for most of these statements, except for some aspects of self-determination and perceived competence.

We conclude with a reflection on the limitations of this exploratory investigation and the possible explanatory reasons of the results found, as well as suggestions for future research.

Keywords:

Self-determination Theory, Competence, Perceived Competence; Eating Behavior.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Descrição das Médias e Desvio Padrão das Variáveis Idade, Peso e Altura;

Tabela 2 - Descrição das Frequências e Percentagens das Restantes Variáveis Sociodemográficas;

Tabela 3 - Descrição da Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo da Escala de Autodeterminação;

Tabela 4 - Descrição das Médias, Desvios Padrão, Mínimos e Máximos de Cada Item da Escala de Autodeterminação;

Tabela 5 - Descrição da Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo da Escala de Percepção de Competência;

Tabela 6 - Descrição das Médias, Desvios Padrão, Mínimos e Máximos de Cada Item da Escala de Percepção de Competência;

Tabela 7 - Correlação entre a Autodeterminação Total e a Percepção de Competência;

Tabela 8 - Níveis de Autodeterminação (Global ou Total) em Função do Sexo;

Tabela 9 - Níveis de Autoconsciência em Função do Sexo;

Tabela 10 - Níveis de Escolha Percebida em Função do Sexo;

Tabela 11 - Níveis de Percepção de Competência em Função do Sexo.

Lista de Siglas e Símbolos

TAD	Teoria da Autodeterminação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
α	<i>Alpha de Cronbach</i>
M	Média
DP	Desvio padrão
n	Número de casos
p	Nível de significância
r_s	Coeficiente de correlação de <i>Spearman</i>
U	Teste de <i>Mann-Whitney</i>
Mdn	Média de Ordem (valor)

Índice

Introdução	1
Parte I - Fundamentação Teórica	4
Capítulo I. A Teoria da Autodeterminação	4
1. Princípios da Teoria da Autodeterminação	4
1.1. Teoria das Necessidades Psicológicas Básicas	8
1.2. Teoria da Avaliação Cognitiva	9
1.3. Teoria da Integração Organísmica	10
1.4. Teoria das Orientações Causais	12
Capítulo II. Percepção de Competência Alimentar	15
Capítulo III. A relação entre a Autodeterminação e a Percepção de Competência Alimentar	21
Parte II - Investigação Empírica	27
Capítulo IV. Apresentação da Investigação e Metodologia	27
1. Investigação	27
1.1. Objetivos gerais e específicos	28
1.2. Identificação das variáveis	39
1.3. Tipologia do estudo	29
2. Metodologia	30
2.1. Participantes	30
2.2. Instrumentos	31
2.3. Procedimento	34
Capítulo V. Análise estatística dos dados	35
1. Análise descritiva dos dados	35
1.1. Caracterização das variáveis sociodemográficas	35
1.2. Caracterização dos níveis de autodeterminação	39
1.3. Caracterização dos níveis de percepção de competência	40
2. Testes de normalidade	42
3. Análise inferencial dos dados	42

Capítulo VI. Discussão	46
1. Discussão dos resultados	46
2. Conclusão	51
Referências Bibliográficas	56

Introdução

O impacto da alimentação sobre a saúde, bem-estar e qualidade de vida é hoje inquestionável. Estudos epidemiológicos têm reunido provas sobre o contributo significativo do comportamento alimentar para o desenvolvimento de doenças que mais contribuem na atualidade para a mortalidade e morbidade nos países desenvolvidos. Por outro lado, a investigação tem também demonstrado o impacto da alimentação no bem-estar e qualidade de vida (Godinho & Marques, 2016).

Apesar de muitas inovações técnicas recentes na área da saúde, o comportamento humano continua a ser a maior fonte de alteração nos resultados relacionados com a saúde. A saúde e o bem-estar das pessoas estão fortemente afetados por fatores relacionados com o estilo de vida como, por exemplo, o tabagismo, a higiene, a dieta e a atividade física, que envolvem comportamentos potenciais que possam ser controlados pelo indivíduo (Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008).

Na perspetiva da Teoria da Autodeterminação (TAD), o reconhecimento desses mediadores comportamentais dos desfechos de saúde sugere que estejamos com mais atenção e cuidado à experiência e à motivação do paciente. De acordo com a TAD, a manutenção de comportamentos ao longo do tempo requer que os pacientes internalizem valores e habilidades para mudança e experimentem a autodeterminação. A teoria argumenta ainda que, maximizando a experiência do paciente de autonomia, competência e relacionamento em ambientes de cuidados de saúde, a regulação de comportamentos relacionados à saúde é mais provável de ser internalizada, e a mudança de comportamento será mais facilmente e persistentemente mantida (Ryan, et al., 2008).

O apoio e a posterior satisfação dessas necessidades proporcionam uma qualidade superior da energia psicológica que é prevista e que foi confirmada empiricamente para motivar a iniciação e a manutenção a longo prazo dos comportamentos de saúde (Ng et al., 2012).

De acordo com a TAD, a satisfação das três necessidades psicológicas básicas (autonomia, competência e relacionamento) energiza a motivação autônoma, promovendo persistência comportamental e bem-estar. No entanto, quando essas três necessidades são frustradas, as pessoas tendem a desenvolver motivações controladas, regulando o seu comportamento (Santos, Silva, & Teixeira, 2013).

A competência encontra-se associada às metas comportamentais, na medida em que esta é parte integral do conceito de metas. Assim, é importante esclarecer sobre o significado de competência, associando-a à origem da percepção de competência (Murayama, Elliot, & Friedman, 2012).

A base da competência e da sua definição assenta nas normas ou pontos referenciais que o indivíduo utiliza no momento da avaliação da sua competência, podendo estas referências ser de três tipos distintos: em relação à sua capacidade de mestria real, ao seu passado e à sua trajetória e, ainda, tendo em conta as competências de realização de outros indivíduos (Murayama et al., 2012).

O conceito de competência advém, entre outras, da Teoria da Autodeterminação, sendo definido como um constructo importante e estaria relacionada com a compreensão que um indivíduo tem sobre si mesmo, principalmente se tem ou não capacidades e competências para alcançar os objetivos estabelecidos. Deci e Ryan (2000) defendem que o conceito de percepção de competência e a motivação autônoma estão interligados de forma positiva, enquanto que a percepção de competência e a motivação controlada estão interligadas de forma negativa.

O presente trabalho, enquanto estudo exploratório desenvolvido da autodeterminação e da percepção de competência alimentar, tem como principal objetivo avaliar a relação entre estas duas variáveis, realizando um teste empírico.

Este trabalho encontra-se dividido em duas grandes partes. A primeira parte diz respeito ao estado de arte da temática em estudo, onde se desenvolve a fundamentação teórica resultante da literatura consultada sobre a autodeterminação e sobre a percepção de competência alimentar.

Na segunda parte é apresentada a parte empírica do estudo. Portanto, no primeiro capítulo é feita a caracterização global do presente estudo, onde são apresentados os objetivos, as variáveis envolvidas nas análises de dados e a tipologia do estudo, tal como a metodologia e os procedimentos utilizados durante toda a investigação. No segundo capítulo sucede-se todo o processo de análise realizada através dos dados obtidos. No capítulo final é feita uma discussão dos resultados obtidos, confrontando-os com a literatura científica sobre o tema em questão, finalizando-se com uma breve reflexão dos principais contributos e limitações do presente trabalho e sugestões de aspetos a desenvolver em trabalhos futuros.

Parte I - Fundamentação Teórica

Capítulo I. A Teoria da Autodeterminação

1. Princípios da Teoria da Autodeterminação

Segundo Deci e Ryan (2000, citado por Ng et al., 2012), a TAD é uma teoria geral da motivação humana que tem sido aplicada na saúde. Esta teoria dá ênfase às percepções dos pacientes sobre o apoio dos profissionais à sua autonomia, assim como as outras necessidades psicológicas básicas de competência e relacionamento. Baseada numa visão aristotélica, esta teoria explica a motivação humana como algo intrínseco, através da qual o sujeito compõe experiências e potencia o seu crescimento psicológico (Mestre, 2010). Esta teoria tem como objeto de estudo as condições do contexto social que facilitam a saúde psicológica e apresenta como principal hipótese a noção de que o bem-estar psicológico pode ser alcançado a partir da autodeterminação (Appel-Silva, Wendt, & Argimon, 2010).

Os processos motivacionais são estudados com base numa distinção entre motivação autónoma e motivação controlada, percebendo que as condições sociais influenciam não só a ação, mas também o que o indivíduo sente no decorrer da mesma (Mestre, 2010). Para o indivíduo ser ativo, têm que estar presentes três necessidades psicológicas básicas sendo elas a autonomia, a competência e o relacionamento, como já foi referido anteriormente. Estas três necessidades representam “nutrientes psicológicos que são essenciais para o crescimento psicológico contínuo, integridade e bem-estar” (Deci & Ryan, 2000, p. 229). O apoio e a posterior satisfação destas necessidades levam a uma qualidade superior da energia psicológica que é prevista e que foi confirmada empiricamente para motivar a iniciação e a manutenção a longo prazo dos comportamentos de saúde (Ng et al., 2012).

A TAD, em contraste com outras abordagens e autores, foca-se nos processos pelos quais um sujeito adquire a motivação para iniciar novos comportamentos relacionados com a saúde e, com isso, mantê-los ao longo do tempo. Ou seja, argumenta-se que o desenvolvimento de autonomia e competência é fundamental para os processos de internalização, através dos

quais um sujeito se autorregula e sustenta comportamentos conducentes à saúde e ao bem-estar. Da mesma importância para a internalização é a necessidade psicológica de relacionamento, isto é, aquela que leva a que os indivíduos estejam ou sejam mais propensos a adotar comportamentos promovidos por aqueles a que se sentem mais ligados e em quem confiam (Ryan et al., 2008).

Num primeiro momento da teoria, Deci (1975, citado por Mestre, 2010) relata a importância da qualidade motivacional, ao fazer distinção entre motivação intrínseca e motivação extrínseca. A primeira relaciona-se com o simples prazer da ação e é guiada por um sentido interno de locus de causalidade, isto é, o sujeito tem a percepção que é ele o principal agente e iniciador da ação, sendo este tipo de motivação denominado de altamente autodeterminado. Na motivação extrínseca a ação é iniciada por contingências externas e, por isso, considerada pouco autodeterminada (Mestre, 2010).

Primitivamente, as duas motivações eram consideradas antagônicas, mas nos dias de hoje considera-se que ambas variam em vários graus, surgindo o conceito de qualidade de motivação. De uma categorização inicial de motivação interna versus motivação externa, passou-se a assumir os termos motivação autônoma versus motivação controlada, respetivamente. Ambos os termos são válidos e no presente ambos são utilizados (Mestre, 2010; Vallerand, 2007).

Na regulação do comportamento, a motivação autônoma parece ter mais resultados benéficos, quando se compara com a motivação controlada (Ryan & Deci, 2000). Uma regulação de tipo autônoma está ligada a uma maior persistência, a afeto positivo, aumento do desempenho e melhor bem-estar psicológico (Mestre, 2010).

Na área da saúde é natural assistir-se a questões do ponto de vista motivacional ou da mudança comportamental, à “falta de motivação” da pessoa em querer mudar o seu comportamento, mesmo que este já represente um risco para a sua saúde. Este acontecimento é revertido, frequentemente, a partir do momento em que ocorre uma alteração do tipo de motivação. Isto significa que ocorreu uma passagem de uma motivação controlada (mais externa) para uma motivação mais internalizada. A manutenção de um

determinado comportamento requer a internalização de valores e de capacidades autodeterminadas. O foco principal incide em perceber quais os processos que conduzem à aquisição de novos comportamentos de saúde (Mestre, 2010).

Para entender estes processos é necessário que exista a sensação de autonomia, de competência, e de relacionamento. A autonomia abrange o sentimento de liberdade do sujeito em relação às suas escolhas. A percepção de competência está muito ligada à anterior, só quando se sente verdadeiramente autónomo é que o sujeito opta por analisar o que o rodeia, procurando sempre experiências que possibilitem o seu crescimento interno. O conceito de relacionamento, como muitos autores o designam, descreve uma relação dinâmica entre sujeitos, e a necessidade de esta respeitar a autonomia do sujeito. Na saúde essa relação é descrita entre o sujeito doente e o técnico, onde o segundo tenta compreender a perspetiva do primeiro, sem fazer juízos de valor. O objetivo é que o sujeito adquira competências e se responsabilize pela sua saúde (Mestre, 2010; Ryan & Deci, 2000).

De acordo com Santos, Silva e Teixeira (2013), satisfeita a necessidade psicológica de autonomia, juntamente com a necessidade de competência e de relacionamento energiza a motivação autónoma, proporcionando uma persistência comportamental e de bem-estar. Pelo contrário, quando estas três necessidades não são satisfeitas, os sujeitos tendem a desenvolver motivações controladas, regulando, assim, o seu comportamento. Enquanto que, a satisfação das necessidades psicológicas de autonomia, competência e relacionamento contribui para a proatividade, para a integração e para o bem-estar, a frustração dessas mesmas necessidades deixa o indivíduo propenso à passividade, à fragmentação e ao mal-estar (Vansteenkiste & Ryan, 2013).

Do ponto de vista da TAD, quando as necessidades psicológicas básicas são obstruídas, provavelmente, podem surgir duas consequências. Primeiro, a vivência de um grande mal-estar. Segundo, quando as necessidades são cronicamente frustradas, os indivíduos desenvolvem várias estratégias de enfrentamento para se acomodarem à experiência de frustração e, com isso, desenvolvem necessidades de substituição (Vansteenkiste & Ryan, 2013) e

comportamentos compensatórios. Por outras palavras, a falta de satisfação das necessidades psicológicas básicas pode levar os indivíduos a desenvolverem necessidades de substituição (Deci & Ryan, 2000). As necessidades de substituição são definidas como metas nas quais as pessoas se envolvem para compensar a falta de satisfação das necessidades psicológicas básicas. Os comportamentos compensatórios, como o próprio nome indica, são comportamentos que os sujeitos adotam para compensar a “falta” de satisfação das necessidades psicológicas básicas (Verstuyf, Patrick, Vansteenkiste, & Teixeira, 2012).

A Teoria de Autodeterminação compreende seis mini teorias, sendo que cada uma está direcionada para um tipo específico de pressuposto, mas, ainda assim, todas elas partilhando uma visão Organísmica do funcionamento humano (Mestre, 2010). Apesar de serem seis mini teorias, neste trabalho só serão realçadas quatro, pois são aquelas que, com mais ênfase, endereçam os aspetos da regulação comportamental, sendo elas a Teoria das Necessidades Psicológicas Básicas, a Teoria de Avaliação Cognitiva, a Teoria de Integração Organísmica e a Teoria das Orientações Causais. As restantes teorias não serão abordadas por não apresentarem um racional diretamente trabalhado no âmbito do presente trabalho¹.

¹ A Teoria do Conteúdo dos Objetivos cresce a partir das distinções entre objetivos intrínsecos e extrínsecos e seu impacto na motivação e bem-estar. Os objetivos são vistos como diferenciais, proporcionando satisfação das necessidades básicas e, portanto, são diferencialmente associados ao bem-estar. Os objetivos extrínsecos têm sido especificamente confrontados com os objetivos intrínsecos, sendo os objetivos extrínsecos associados a menor bem-estar e maior mal-estar (Deci & Ryan, 1985; Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000).

A Teoria Motivacional das Relações Interpessoais preocupa-se com o desenvolvimento e manutenção de relacionamentos pessoais próximos e postula que algumas dessas interações não são apenas desejáveis para a maioria das pessoas, como também são essenciais para o seu ajustamento e bem-estar. No entanto, a investigação indica que não só o parentesco precisa de ser satisfeito nos relacionamentos de alta qualidade, como também a necessidade de autonomia e, em menor grau, a necessidade de competência. De facto, os relacionamentos pessoais da mais alta qualidade são aqueles em que cada parceiro apoia as necessidades de autonomia, competência e relacionamento do outro (Deci & Ryan, 1985; Deci & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000).

1.1. Teoria das Necessidades Psicológicas Básicas

Esta teoria considera que, assim como os seres humanos têm necessidades biológicas, como sede e fome, os indivíduos também têm a necessidade universal de procurar e obter experiências de autonomia, competência e relacionamento, como já foi referido anteriormente. Tais necessidades psicológicas são essenciais e inatas e formam a base da motivação (Silva, 2010).

Entende-se por necessidade de autonomia o desejo orgânico de auto-organizar a experiência e o comportamento e de ter uma atividade concordante com o sentido integrado do eu (Silva, 2010), ou seja, para a TAD, a autonomia não tem relação com o sentido semântico usado no senso comum, mas traduz-se num “senso do eu”, que diz respeito à noção da pessoa individual, singular e distinta das outras. Define-se como o imperativo de ações e decisões em conformidade com os valores pessoais e com um nível alto de reflexão e consciência (Appel-Silva et al., 2010).

A competência refere-se à necessidade de saber como produzir resultados comportamentais, ou seja, uma propensão a ter um efeito no ambiente, bem como alcançar resultados valiosos dentro dele (Silva, 2010), isto é, está relacionada com a adaptação ao ambiente e refere-se à aprendizagem de um modo geral (Appel-Silva et al., 2010).

Por sua vez, por necessidade de relacionamento entende-se como a procura por relacionamentos com outras pessoas, com o objetivo de amar e de se sentir amado. Esta necessidade é também importante para a aquisição dos regulamentos sociais como, por exemplo, normas, regras e valores, pois é através dos vínculos com os outros que ocorre a aprendizagem (Appel-Silva et al., 2010; Silva, 2010).

Para a TAD as necessidades nos domínios fisiológicos e psicológicos são universais, inatas e essenciais e quando satisfeitas conduzem à saúde, caso contrário pode contribuir para o surgimento de algo patológico. Estas necessidades apresentam equifinalidade, isto é, elas são interdependentes e o

desenvolvimento de uma gera o desenvolvimento das outras (Appel-Silva et al., 2010).

1.2. Teoria da Avaliação Cognitiva

Esta mini teoria dá um grande contributo à TAD ao enfatizar o papel do suporte autónomo nos diferentes tipos de motivação, descrevendo a importância do contexto social na motivação intrínseca. Estuda, assim, as motivações básicas e as diferenças individuais nas motivações (Appel-Silva et al., 2010; Mestre, 2010; Silva, 2010).

Para a TAD, a motivação é a força que leva o sujeito a interagir com o ambiente, portanto, as necessidades psicológicas básicas impulsionam o sujeito, pela motivação, à ação no contexto em que está inserido. A motivação divide-se em dois tipos, a motivação extrínseca e a motivação intrínseca.

A motivação extrínseca é aquela em que o indivíduo é impulsionado por condições externas, sejam benefícios ou punições, e em que a ação, por si só, não é suficiente e “satisfatória”. Contrariamente, a motivação intrínseca é quando o sujeito se mobiliza para a ação por motivos internos, baseados nas necessidades intrínsecas, e a gratificação do sujeito decorre da ação em si mesma, sem que sejam precisos benefícios externos como estimuladores (Appel-Silva et al., 2010).

A motivação extrínseca e a intrínseca formam um *continuum*, que vai desde a falta de motivação, passando por vários níveis da motivação extrínseca, até chegar à motivação intrínseca. A diferenciação dos vários tipos de motivação dá-se pelo processo de internalização, por meio da introjeção e da integração dos regulamentos externos. Por isso, quando um regulamento externo não foi internalizado pelo sujeito, ele não forma um valor interno que motive a pessoa a realizar uma ação, assim, a pessoa não se sente motivada para ter os comportamentos relativos a esse regulamento porque não tem sentido nem significado para ela. A este estado de falta de intenção para agir é denominado de amotivação (Appel-Silva et al., 2010).

Em suma, esta mini teoria sugere que as pessoas avaliam o ambiente externo para satisfazer as suas necessidades e com isto favorecer a motivação intrínseca. As ações são, apenas, realizadas pelo prazer de realização, sem

necessidade de recompensas externas, pelo que esta teoria é aplicável apenas quando a atividade é genuinamente interessante para o sujeito. Também é importante salientar que, existe uma forte associação entre a motivação intrínseca e as necessidades de autonomia e competência, sendo que o relacionamento também influencia a motivação intrínseca, ainda que de forma menos notória (Appel-Silva et al., 2010; Mestre, 2010; Silva, 2010). O seu papel é mais saliente no processo de internalização da ação.

1.3. Teoria da Integração Organísmica

Esta teoria demonstra diferentes formas de motivação intrínseca e o papel dos fatores do contexto na promoção ou oposição da integração e internalização de comportamentos (Vallerand, 2007).

Na Teoria de Integração Organísmica, a motivação intrínseca não é o único tipo de motivação. Baseado no conceito de locus de causalidade, DeCharms (1968, citado por Mestre, 2010), refere dois tipos de motivação, a motivação intrínseca e a motivação extrínseca, conceitos esses que também são defendidos por Deci e Ryan (2008). Contudo, a TAD considera que, a motivação varia em termos de qualidade, em diferentes graus ou formas de autonomia, ou seja, da menos autónoma para mais autónoma, e cada estado apresenta diferentes intenções comportamentais.

Segundo esta teoria, a internalização é um processo de integração onde o sujeito transforma regulações externas em autorregulações (Vallerand, 2007), ou seja, é uma aquisição dos regulamentos do meio sociocultural por parte da pessoa (Appel-Silva et al., 2010; Silva, 2010). Isto significa que algumas formas de regulação comportamental podem servir como controlo do comportamento, porque os sujeitos conseguem internalizar regulações sem que estas integrem o *self* (Deci & Ryan, 2002).

Desta forma, o processo de internalização tem várias modalidades reguladoras, tais como não regulação, regulação externa, regulação introjetada, regulação identificada, regulação integrada e regulação intrínseca. A não regulação é a consequência da falta da internalização de reguladores externos específicos ao comportamento a ser desempenhado, ou

seja, quando o indivíduo não tem qualquer tipo de intenção para agir (Appel-Silva et al., 2010; Mestre, 2010). Este estado traduz uma incapacidade do indivíduo em prever bons resultados com a ação, possuir baixa percepção de competência, suscitando comportamentos desorganizados, impulsivos com o alcance de resultados insatisfatórios para a pessoa, podendo associar-se a sentimentos de frustração e depressivos (Appel-Silva et al., 2010). A seguir ao estado de não regulação vem a regulação externa. Neste tipo de regulação os comportamentos são executados com o objetivo de obter alguma forma de gratificação ou para evitar a punição (Mestre, 2010), ou seja, é a motivação extrínseca na qual o comportamento das pessoas é controlado por contingências externas específicas (Silva, 2010).

A regulação introjetada é relativamente incorporada, mas a pessoa não sente que a origem da ação lhe pertence, ou seja, é um tipo de motivação controlada, com origem num sentimento de obrigação. Este tipo de regulação ocorre devido ao facto de que o contexto não proporcionou uma efetiva agregação dos regulamentos externos ao *self*. A introjeção representa uma internalização parcial em que os regulamentos estão no indivíduo, mas que não se tornaram realmente parte do conjunto integrado de motivações, cognições e afetos que constituem o “eu” (Appel-Silva et al., 2010, Mestre, 2010; Silva, 2010).

A regulação identificada é uma forma de regulação externa mais autónoma, onde o indivíduo identifica o objetivo e a regulação como importante e pessoal (Mestre, 2010), isto é, esta forma de regulação faz com que a pessoa se comporte a partir de situações internas, geradas quando a pessoa decide tomar determinadas ações devido a situações contingenciais, pelas quais os valores associados não são os acreditados pela pessoa (Deci & Ryan, 2000).

A regulação integrada é a forma mais autónoma de regulação extrínseca, com total integração no *self*, ou seja, é a forma mais completa de internalização da motivação extrínseca porque envolve não só identificar a importância dos comportamentos, como também integrar essas identificações com outros aspetos do “eu” (Mestre, 2010; Silva, 2010).

Por fim, a regulação intrínseca refere-se a valores internalizados e integrados satisfatoriamente e de forma congruente com os demais valores da pessoa, ou seja, o comportamento é intencional e a própria ação gera satisfação para o sujeito, não sendo necessários reguladores externos para que ocorra a ação. É também o tipo de motivação mais autônoma, sendo ativada pelo prazer que a ação representa para o sujeito (Appel-Silva et al., 2010; Ryan & Deci, 2006).

1.4. Teoria das Orientações Causais

Baseada nas perspectivas behavioristas e humanista, a TAD realça que o contexto social tem influência e modela características individuais, ou seja, apoia na formação da motivação, do comportamento e de experiências pessoais. Esta teoria considera que, conhecendo as características individuais relativamente estáveis do sujeito, poderemos prever a sua ação (Mestre, 2010).

Ryan e Deci (1987) sugerem que os sujeitos têm orientações gerais na regulação do seu comportamento. Essas orientações são conceptualizadas com a distinção entre controlo e autonomia. Assim, as características de personalidade são referidas como orientações de causalidade e são descritas num *continuum* entre autonomia e controlo, existindo três tipos de orientações (Mestre, 2010). O primeiro tipo de orientação é a orientação impessoal, onde há tendência a comportamentos sem orientação intencional, ou seja, o comportamento do sujeito resulta de uma amotivação e a tarefa é cumprida sem intenção. A orientação controlada relaciona-se com as regulações externas e introjetada, nas quais o comportamento é realizado mediante diretivas externas, isto é, este tipo de orientação remete a comportamentos com um nível mais baixo de autodeterminação. Por último, a orientação autônoma compreende a regulação do comportamento numa perspetiva de interesse pessoal, que contribui para o crescimento de uma motivação intrínseca e boa integração da motivação extrínseca, ou seja, para a volição, para um tipo de motivação qualitativamente autônomo, em que o comportamento é orientado por interesses pessoais e pela motivação intrínseca (Appel-Silva et al., 2010; Mestre, 2010).

Dentro da área da saúde, a investigação mostrou que a motivação autônoma, em particular, torna-se vantajosa para uma variedade de comportamentos de saúde, incluindo comportamentos alimentares saudáveis, cessação do tabagismo, autocuidado da diabetes e a atividade física (Lopez, Milyavskaya, Hofmann, & Heatherton, 2016). Segundo Girelli, Hagger, Mallia e Lucidi (2015), a motivação autônoma tem um efeito positivo na implementação e persistência do comportamento em vários comportamentos relacionados à saúde, tais como atividade física, cessação do tabagismo e controlo da diabetes.

Em estudos anteriores, as diferenças de gênero foram encontradas na motivação para a prática de atividade física em estudantes de colégio. Egli e colaboradores (2011, citados por Lauderdale, Yli-Piipari, Irwin, & Layne, 2015) descobriram que os homens tinham uma tendência a serem mais motivados por fatores intrínsecos, enquanto que, as mulheres eram mais motivadas por fatores extrínsecos. Os homens eram mais propensos a mencionar prazer, desafio, reconhecimento social, afiliação, competição, força e resistência como fatores motivadores para a atividade física, enquanto que, as mulheres eram mais propensas a relatar aspetos como evitar doenças, manter a saúde positiva, o controlo de peso e a aparência como motivos para a prática de exercício. Gillison e colaboradores (2006, citados por Lauderdale et al., 2015) estudaram a motivação para a prática de exercício em crianças em idade escolar e descobriram que as meninas experimentavam maior ansiedade social. As meninas também eram menos autodeterminadas para se exercitar em comparação com os meninos.

Numa recente meta-análise de 27 estudos em que avaliaram a relação da autodeterminação na atividade física em relação ao sexo, onde Guérin, Bales, Sweet e Fortier (2012, citados por Lauderdale et al., 2015) analisaram estudos nos quais o Questionário de Regulamentos Comportamentais em Exercício (BREQ ou BREQ-2) foram utilizados e relataram que, embora houvesse variações entre os gêneros, as diferenças não foram significativas entre os indicadores de autodeterminação. As mulheres tiveram resultados mais altos para a regulação introjetada, mas não houve diferença significativa entre

homens e mulheres nos resultados de motivação intrínseca (Lauderdale et al., 2015).

Segundo a literatura, a autorregulação de comportamentos alimentares está ligada a diferentes metas de realização. A presença de metas de aproximação de domínio e de evitamento de desempenho parecem colaborar para uma melhor regulação dos hábitos alimentares (Scoffier, Gernigon, & d'Arripe-Longueville, 2012, citados por Brandão, 2016).

O conceito de motivação está na base da regulação alimentar e poderá ajudar na forma como entendemos uma regulação eficaz ou ineficaz quando é ambicionada uma perda de peso e a redução de comportamentos alimentares problemáticos (Verstuyf et al., 2012).

Por isso, “adotar e sustentar dietas saudáveis torna-se, assim, uma escolha com maior sucesso caso exista uma auto motivação por parte de quem quer alterar o seu comportamento alimentar” (Brandão, 2010, pp. 32), ou seja, só será possível atingir o sucesso ao adotar e sustentar uma dieta saudável, caso exista uma auto motivação por parte do sujeito que quer mudar o seu comportamento alimentar, ou seja, não havendo motivação intrínseca, mas podendo trabalhar um tipo de motivação extrínseca que seja autónoma e, por isso, qualitativamente da mesma ordem que a intrínseca, podemos obter volição e resultados mais duradouros também.

Capítulo II. Percepção de Competência Alimentar

Nem todas as pessoas têm o mesmo entusiasmo em participar numa atividade; alguns sentem-se mais capazes do que outros e continuam na atividade, outros não acreditam no seu sucesso ou acham-se incapazes de obtê-lo, alguns têm a plena consciência que são capazes de realizar a tarefa solicitada, mas outros não entendem porque falharam e, como consequência, desistem da tarefa.

De acordo com Harter (1978), o sentimento de competência, de ser eficaz, parece ser consequência da experiência do sucesso obtido nas atividades realizadas. O indivíduo experiencia o sentimento de competência no momento em que se sente responsável pelas ações ou resultados que demonstram a sua competência. Porém, quando o indivíduo não tem percepção da sua competência vivencia constantes insucessos, não se sente motivado a continuar na atividade, podendo assim desistir da mesma.

White (1959) define competência como a capacidade que um organismo tem de interagir, efetivamente, com o meio que o circunda. Desde que o conceito teórico de competência foi desenvolvido, este autor interliga-o com a área da motivação. Defendia, também, que através da existência de motivação em relação à competência dos sujeitos face ao seu meio envolvente, estes encontravam-se com uma maior tendência para se envolverem em tarefas que desafiassem as suas capacidades de mestria.

O modelo de Harter (1978) pressupõe que o indivíduo procura obter o sucesso em todas as atividades que lhe são propostas. Este desejo de sucesso motiva-o a aliciar-se a comportamentos que podem resultar em sucesso ou insucesso na atividade. Ou seja, o indivíduo, além de perceber o seu sucesso/insucesso na atividade, recebe o feedback de pessoas que lhe são significativas, que chega a ser um dos fatores importantes na construção da percepção de competência.

A estruturação do conceito de competência não surgiu, inicialmente, aliado à temática da alimentação, mas sim, a outros contextos de vida dos indivíduos. A noção de competência adquire uma maior importância quando

Harter (1978) refere e utiliza o conceito de competência, como forma de permuta, em relação ao conceito de efetividade do ser humano, estando a noção de competência, interligada, com outro conceito, o do sentimento de eficácia e com uma regulação autónoma (Harter, 1978).

Segundo Mestre e Ribeiro (2010), constata-se que o conceito de percepção de competência é similar ao conceito de autoeficácia de Bandura (1989), pelo que, no contexto de saúde, os sujeitos percecionam-se competentes quando sentem capacidade para atingir objetivos que melhorem o seu estado de saúde. Vários estudos referem que existe uma forte associação positiva entre autonomia e competência, porque quando os sujeitos eram motivados de forma autónoma, sentiam-se mais competentes para alcançar o objetivo proposto (Williams, McGregor, Zeldman, Freedman, & Deci, 2004).

Embora os conceitos de percepção de competência e autoeficácia sejam, frequentemente, usados de forma similar, é possível distingui-los de forma a ajudar a perceber melhor o seu papel.

O conceito de percepção de competência é concebido num quadro teórico da Teoria da Autodeterminação, enquanto, o conceito de autoeficácia é concebido num quadro teórico da Teoria Sociocognitiva. Para a TAD, a competência é a necessidade de dominar tarefas pessoalmente desafiadoras e uma característica importante desta necessidade é a eficácia pessoal ou a necessidade de efetuar mudanças no ambiente e alcançar resultados valiosos. Sendo a autoeficácia um constructo chave da Teoria Sociocognitiva, aquela é definida como confiança relativa à capacidade em uma dada ou específica situação. Em contraste com o conceito de competência na TAD, sendo definida como uma necessidade de dominar pessoalmente tarefas desafiadoras, a autoeficácia refere-se a crenças nas capacidades de organizar e executar ações para produzir determinadas realizações (Rodgers, Markland, Selzler, Murray, & Wilson, 2014).

Existem alguns pontos de conformidade teórica entre a Teoria da Autodeterminação e a Teoria Sociocognitiva, que dizem respeito à necessidade psicológica básica de se sentir competente e à autoeficácia. Ambos os conceitos são conceptualmente distintos dos resultados comportamentais e ambos são

conceptualizados como processos natos, ou seja, eles apoiam a persistência comportamental e desenvolvem-se com o tempo e com a exposição a experiências relevantes. Finalmente, ambos são cíclicos no sentido de que quando a necessidade de competência percebida é satisfeita, ou quando o indivíduo se sente autoeficaz num domínio comportamental específico, o conceito de competência e o de autoeficácia são fortalecidos e, portanto, a probabilidade de realizar o comportamento associado é reforçada. No entanto, é claro que alguém pode ser eficaz para comportamentos que não satisfazem a necessidade de competência, e, assim, a autoeficácia e a competência possam não ser redundantes (Rodgers et al., 2014).

Na teoria de Harter sobre a competência, os indivíduos motivados de forma intrínseca baseiam as suas escolhas num sistema interno de auto recompensa, sendo capazes de definirem objetivos de mestria que surgem através das suas experiências passadas em que conseguiram consequências ou resultados positivos. Contrariamente, os sujeitos que manifestam uma motivação extrínseca estabelecem metas através das aprovações dos outros e dos reforços externos ao seu comportamento, percecionando a sua competência através destes (Brandão, 2016).

De acordo com alguns autores, a percepção de competência estaria relacionada com a compreensão que um indivíduo tem sobre si mesmo, principalmente se tem ou não capacidades e competências para atingir os seus objetivos e se tem ou não confiança e afirmação para se comprometer e realizar os comportamentos que serão necessários para atingir esse objetivo. Assim, existe um papel de extrema importância na percepção que cada indivíduo tem sobre as suas competências nos comportamentos aliados à questão de realização, levando, assim, a uma melhor compreensão das escolhas e dos comportamentos quando se pretende alterar ou extinguir certos comportamentos (Brandão, 2016).

A percepção de competência é um constructo importante e tem sido estudada na sua relação com outros conceitos como, por exemplo, ao nível da motivação. Foi confirmado o papel intermediário que mantém na motivação intrínseca, o que reforçou a ideia de White (1959) e Harter (1978). Também

Deci e Ryan (2000), defendem, de forma idêntica, o conceito de que a percepção de competência e a motivação autônoma se interligam positivamente, enquanto que, a percepção de competência e a motivação controlada mantêm uma ligação negativa.

A motivação de cada indivíduo centra-se nos valores de estimulação e pela necessidade da existência de uma percepção positiva de competência, não esquecendo que o incentivo extrínseco em demasia irá ter uma função comprometedoras nos níveis de regulação autônoma do sujeito, tendo consequências ao nível da ação (Brandão, 2016).

Ou seja, ao existir uma percepção positiva de competência, o indivíduo envolver-se-á em atividades que lhe transmitam desafio, persistirá perante a dificuldade apresentada e com isso, permanecerá mais tempo na atividade, tornar-se-á mais competente, advindo a expectativa de sucesso, e a confiança nas suas capacidades para se predispor a novos desafios. Se a percepção de competência for baixa, o indivíduo não terá confiança nas suas próprias capacidades e não se sentirá motivado para realizar as tarefas podendo mesmo desistir de as concretizar.

Pode-se caracterizar a competência em dois aspetos, como positiva ou negativa. Na valência positiva pode-se incluir a competência e o sucesso, enquanto que, na valência negativa, e pelo contrário, encontra-se os conceitos de incompetência e falha. A forma como o sujeito se destaca nestas duas valências, consoante tenha como meta delimitada a aproximação da valência positiva e o afastamento da valência negativa, dará origem a tipos de metas de realização diferentes, isto porque as metas de aproximação e o lado positivo da competência aliam-se e as metas de afastamento estão interligadas com uma preocupação com o lado negativo da competência, ou seja, incompetência (Murayama et al., 2012).

Um dos autores que veio realçar o conceito de competência ligado ao contexto da alimentação foi Satter. Segundo este autor, a competência alimentar correlaciona-se com os comportamentos e atitudes que asseguram a alimentação, visto que o principal objetivo da alimentação é a sustentabilidade. Por isso, é esta capacidade de manter um equilíbrio entre a

quantidade de alimentos e o que é verdadeiramente essencial que se torna uma tarefa extremamente difícil, em contínuo balanceamento, e que influencia o comportamento alimentar (Satter, 2007).

Para isto é necessário aprender como manter hábitos alimentares saudáveis, sendo que, segundo White (1959), a aprendizagem é uma das componentes da competência e da capacidade que um indivíduo tem para avaliar a sua própria competência, levando a que se faça uma distinção entre os organismos que não mostram capacidades de aprendizagem eficazes e aqueles que apresentam essa capacidade. No ser humano, o sistema nervoso é altamente flexível, o que permite que esta capacidade de avaliação de competência aumente, devido às circunstâncias de aprendizagem. Assim, o desenvolvimento de competência dá-se e progride através da relação existente entre o ser humano e o meio em que está envolvido, não mostrando ser uma característica totalmente inata (White, 1959, citado por Brandão, 2016).

De acordo com Satter (2007), os indivíduos competentes apresentam-se como sendo confiantes, confortáveis e flexíveis com a alimentação, e são pragmáticos e confiáveis em relação à obtenção de alimentos saudáveis e nutritivos. O modelo de competência alimentar de Satter considera quatro características importantes que os indivíduos precisam de ter para serem competentes, tais como, atitudes alimentares, aceitação dos alimentos e de uma dieta variada, competências regulatórias que permitem um consumo equilibrado com a quantidade de energia que necessitam e capacidades de gestão do contexto alimentar, ou seja, recursos para lidar com o contexto alimentar e com o planeamento de refeições em família (Satter, 2007).

O principal objetivo do modelo de Satter é estabelecer e manter atitudes positivas e flexíveis sobre a alimentação, o que, por sua vez, permite ser, de forma responsável, ligado com experiências externas e internas relativas à alimentação. Os indivíduos saem-se melhor com a gestão da alimentação quando têm uma autoconfiança relaxada sobre a comida e a alimentação, e são capazes de experimentar a harmonia entre os desejos alimentares, escolhas alimentares e quantidades ingeridas (Satter, 2007).

Anteriormente, foi referido que existia o conceito de incompetência percebida, ou seja, a percepção que um indivíduo tem sobre si próprio e da maneira como se sente inadequado em certos aspetos da sua vida. Alguns autores (Ferrier & Martens, 2008) encontraram indicações que a incompetência percebida em aspetos da sua vida, como a sua aparência, as suas relações com pares, relacionavam-se de forma positiva com as problemáticas relacionadas com a alimentação. Ou seja, não era o “falhar” que levava o indivíduo ao comportamento alimentar de risco, mas sim a sua percepção de que era incompetente numa área da sua vida, levando-o a uma alimentação não saudável. Estes dados poderão ajudar a compreender melhor como a satisfação noutras áreas da vida dos sujeitos poderão influenciar os comportamentos alimentares e a percepção que possuem das suas capacidades a este nível (Brandão, 2016).

Capítulo III. A relação entre a Autodeterminação e a Percepção de Competência Alimentar

Ao longo dos anos, o *self* tornou-se objeto de atenção por parte da investigação em psicologia social e de personalidade, e o aspeto que tem mostrado mais relevância para os investigadores é a percepção que uma pessoa tem a respeito das suas competências. Uma razão importante para esse interesse é que o *self*, em geral, e a percepção de competência, em particular, têm sido ligadas à regulação do comportamento e à motivação (Losier & Vallerand, 2001).

A pesquisa, geralmente, mostra que a percepção de competência leva a níveis mais altos de motivação intrínseca. Vallerand e Reid (1984) estudaram o efeito casual da competência percebida na motivação intrínseca, fornecendo aos indivíduos feedback de desempenho verbal. Este dividiu-se em dois tipos de feedback, o positivo e o negativo. O feedback positivo foi associado ao aumento nas competências percebidas e na motivação intrínseca, enquanto que, o feedback negativo foi relacionado a uma diminuição de ambos. Além disso, um estudo revelou que os efeitos do feedback verbal na motivação intrínseca foram mediados pela percepção de competência. Vallerand e Reid mostraram, assim, que a percepção de competência afetava a motivação intrínseca posteriormente (Vallerand & Reid, 1984), ou seja, ao fornecerem feedback positivo aos indivíduos estariam a incentivá-los, de forma positiva, e a mostrar que seriam capazes de desempenhar aquela tarefa.

Embora vários estudos tenham documentado a noção de que a percepção de competência é um determinante da motivação, poucos estudos examinaram a interação entre os dois constructos ao longo do tempo. Em ambientes naturais, as tarefas geralmente são complexas e a aprendizagem pode vir somente após um esforço. Nesses casos, é possível que a motivação também influencie a percepção de competência (Losier & Vallerand, 2001).

A persistência numa tarefa é de facto fundamental para o desenvolvimento de competências, especialmente quando se está a tentar dominar habilidades complexas. Por exemplo, um atleta pode se sentir bastante

confiante na sua habilidade num nível amador, mas menos confiante num nível profissional. A persistência seria então importante para o atleta se ajustar e adquirir as habilidades necessárias para se sentir competente no novo nível de desempenho (Losier & Vallerand, 2001)

A motivação também pode influenciar a percepção de competência, como foi revelado num estudo longitudinal de 2 anos por Boggiano, Early e Barrett (1992, citados por Losier & Vallerand, 2001). Contrariamente às proposições teóricas, os resultados mostraram que a motivação antecipada previa percepção posterior de competência mesmo quando os níveis iniciais de competência eram levados em conta e que percepções precoces de competência não previam motivação posterior quando os níveis iniciais de motivação eram mantidos constantes. No entanto, como poucos estudos examinaram a relação entre os dois constructos, numa base longitudinal, a sua respetiva influência ainda não está completamente clarificada.

Pesquisas longitudinais em ambientes naturais poderiam permitir um teste de validade ecológica da hipótese de que a percepção de competência é um determinante da motivação e, ao longo do tempo, verificou-se que a motivação também pode influenciar a percepção de competência (Losier & Vallerand, 2001).

A necessidade de competência aparece, na literatura, muitas vezes associada à Teoria da Autodeterminação e aos níveis de confiança de que cada sujeito tem em si próprio, que possuem uma função de extrema importância na forma como os sujeitos procuram e realizam as atividades que lhes proporcionam maior prazer (Mokhtari et al., 2017).

Mokhtari e os seus colaboradores (2017) também referem que a motivação, no sentido em que foi adotado ao longo deste trabalho, é um constructo baseado na Teoria da Autodeterminação, que faz distinção entre os vários tipos de motivação, como já foi referido anteriormente. Num cenário clínico, uma melhor compreensão dos fatores motivacionais poderia auxiliar os técnicos, que têm como objetivo promover comportamentos alimentares saudáveis nos seus pacientes.

A percepção de competência, apesar de ser um conceito próximo, mas, no entanto, diferenciado, do conceito de competência proveniente da Teoria da Autodeterminação, faz referência à auto percepção da possibilidade, bem-sucedida, da realização de uma tarefa desafiadora, no cumprimento de metas, como aquelas relacionadas à alimentação saudável e ao exercício (Mokhtari et al., 2017).

Para além do impacto e das questões da regulação associadas à motivação extrínseca, há que ter em conta, igualmente, o impacto ou a relação com a motivação intrínseca, dimensão sobre a que se debruça a mini teoria da Avaliação Cognitiva. Segundo Mestre (2010), esta mini teoria sugere que a motivação intrínseca integra a necessidade de autonomia e de competência, mas quando por pressões externas, o indivíduo é coagido, a ação é vivida entre o misto de suporte e de obrigação, sendo a motivação intrínseca afetada. Por exemplo, um sujeito propõe-se a fazer uma alimentação saudável e acredita nas suas capacidades para atingir os objetivos estabelecidos, mas, no entanto, por ter excesso de trabalho não consegue fazer uma alimentação saudável e, por isso, sente-se obrigado a voltar aos velhos hábitos de alimentação.

Portanto, existem dois processos cognitivos que afetam a motivação intrínseca, sendo eles a percepção de locus de causalidade e a percepção de competência. Quando um acontecimento altera a percepção do indivíduo para um locus externo, a motivação intrínseca diminui tal como o sentimento de autonomia. Isto, porque o sujeito tem a percepção que não foi ele o responsável direto pelo acontecimento. Contrariamente, uma maior sensação de autonomia e de motivação intrínseca ocorre quando o sujeito percebe que foi ele o agente da ação. Relativamente à percepção de competência verifica-se algo semelhante. Ou seja, um maior nível de percepção de competência está associado a um maior estado de autonomia e motivação intrínseca (Mestre, 2010).

Desta forma, a Teoria da Autodeterminação explica o fenómeno da recompensa na motivação intrínseca ao propor que, esta situação só acontece quando o indivíduo manifesta baixos níveis de autonomia. Paralelamente, o contexto social torna-se também necessário para a compreensão da motivação

intrínseca. Um ambiente percebido como controlador enfraquece a motivação intrínseca, sentindo-se o indivíduo menos competente e menos autônomo. Assim sendo, objetivos forçados e recompensas materiais acarretam um locus de causalidade externo e um aumento da motivação extrínseca (Mestre, 2010). Atendendo ao exemplo dado anteriormente, um sujeito ao qual seja imposta uma dieta saudável e que seja controlado de forma pormenorizada, poderá, por via deste contexto, sentir-se menos capaz e menos autônomo para conseguir alcançar os objetivos traçados.

Assim, a Teoria de Autodeterminação tenta explicar a razão pela qual os indivíduos apesar de terem capacidade para agir, optam por não o fazer. O excesso de incentivo extrínseco é sublinhado pelos autores como um aspeto que pode comprometer a motivação autónoma (Deci & Ryan, 2000). Deci (1975, citado por Duda et al., 1995) sugere que os comportamentos intrinsecamente motivados são conseqüências da necessidade de nos sentirmos competentes. Podemos assumir, então, que a motivação intrínseca varia conforme a percepção de competência de cada um. Assim, a motivação intrínseca deverá aumentar se a percepção de competência e a sensação de controlo interno, agência, também aumentarem e diminuir se o individuo se sentir menos competente (Duda et al., 1995).

Segundo Mestre e Ribeiro (2010), existe assim uma relação positiva entre a percepção de competência e a motivação autónoma e uma relação negativa entre percepção de competência e a motivação controlada, nomeadamente em comportamentos alimentares.

Apesar da clara evidencia desta associação, Deci e Ryan (2000) consideram que o tipo de suporte (contexto) desempenha uma menor influência na motivação intrínseca, do que a autonomia e a percepção de competência. Esta situação é notória quando se observa que algumas tarefas são realizadas isoladamente, onde o contexto em si não interfere, e o sujeito apresenta elevados níveis de autonomia (Mestre, 2010).

O conceito de percepção de competência é, muitas vezes, associado ao conceito de autoeficácia, mas, como já foi referido anteriormente, é possível distingui-los sendo que a percepção de competência advém da Teoria da

Autodeterminação, enquanto que, a autoeficácia tem origem na Teoria Sociocognitiva (Rodgers et al., 2014) Acredita-se que tanto o conceito de percepção de competência como o de autoeficácia previram, se não precederam, a mudança de comportamento. Mokhtari e colaboradores (2017) referem que estudos em adultos e, em menor grau, em jovens sugerem uma associação entre a autoeficácia e a autorregulação dos comportamentos alimentares.

Alguns fatores podem influenciar a percepção de competência e, por isso, foram realizados estudos, dentro da área da saúde, relacionados com a atividade física. A variável sexo tem sido considerada como um possível mediador daquela relação. Investigações realizadas com crianças reportam que os rapazes apresentam um nível mais elevado de percepção de competência em comparação com as raparigas. Em relação aos níveis de atividade física, a maioria dos estudos tem encontrado diferenças, sendo que os rapazes apresentam maiores níveis de atividade física do que as raparigas, por exemplo, Hallal e colaboradores analisaram os níveis de atividade física de crianças com idades entre os 10 e 12 anos e concluíram que o sedentarismo estava fortemente associado ao sexo feminino (Silva et al., 2016). Ou seja, as diferenças entre rapazes e raparigas foi encontrada não só a nível da percepção da competência, como também de outras variáveis relevantes para as questões da saúde, como a atividade física e o sedentarismo.

Estudos realizados por Dumm e Watkinson (1994, citados por Maia, 2013) referem que os sujeitos mais intrinsecamente motivados são também os que se sentem mais competentes. Os autores chegam mesmo a apontar que a percepção de competência pode ser determinante no tipo de motivação, concluindo que os indivíduos que se sentem mais competentes se divertem mais e estão motivados para participar nas tarefas, ao contrário dos que se sentem menos competentes. Estes tendem a evitar situações onde possam ser confrontados com as suas próprias habilidades.

As mudanças na motivação intrínseca podem estar associadas a variações na percepção de competência, indicando uma possível relação de causa efeito entre uma e a outra. Contudo, a relação direta entre percepção de competência

e motivação é pouco esclarecedora se não tivermos em conta que os objetivos de realização têm uma influência clara, quer na percepção de competência, quer na motivação intrínseca (Maia, 2013), ou seja, os objetivos de realização têm um papel muito importante tanto na percepção de competência como na motivação intrínseca.

Parte II - Investigação Empírica

Capítulo IV. Apresentação da Investigação e Metodologia

1. Investigação

Para a Psicologia, investigar é ganhar uma melhor compreensão das complexidades da realidade humana. Para isso acontecer, usa meios sistemáticos de recolha de informação onde, de seguida, reflete sobre o seu significado, avalia e chega a uma conclusão. A investigação permite o ganho de uma melhor compreensão das complexidades da realidade.

O estudo científico é, pois, o modo por excelência que permite adquirir novos conhecimentos, definindo-se como uma estratégia ou um processo racional, visando a aquisição de conhecimentos. O processo consiste em examinar fenómenos em vista a obter respostas a questões determinadas que se deseja aprofundar. A investigação científica distingue-se de outros tipos de aquisição de conhecimentos pelo seu carácter sistemático e rigoroso (Fortin, Côté, & Fillion, 2009).

Na investigação procura-se explicar, descrever ou explorar fenómenos que se escolher para o estudo. Assim, o principal objetivo de uma investigação é planejar um método eficaz para que o estudo decorra com sucesso.

Define-se como a principal finalidade deste estudo a de investigar a relação entre a autodeterminação e o nível de perceção de competência alimentar em estudantes do Ensino Superior.

Assim, no primeiro capítulo da segunda parte do presente trabalho, apresenta-se a caracterização da investigação, os principais objetivos, as variáveis em estudo, a metodologia, os instrumentos e os procedimentos realizados. Todos estes processos são importantes e fundamentais na planificação e na realização de um estudo, onde se relata a forma como este foi pensado, estruturado e alcançado.

1.1. Objetivos gerais e específicos

Este estudo apresenta, como principal objetivo, a realização de um teste empírico da relação entre a autodeterminação e o nível de percepção de competência alimentar.

Em relação aos objetivos específicos delineados para esta investigação, estes são:

- Caracterizar um conjunto de comportamentos de saúde, nomeadamente alimentares, tais como o peso, a altura, as horas dormidas durante uma semana típica, as refeições feitas em época regular e em época de frequências/exames, local onde realiza as refeições, entre outras, em uma amostra de estudantes universitários;
- Caracterizar os níveis de Autodeterminação em uma amostra de estudantes universitários;
- Caracterizar os níveis de Percepção de Competência em uma amostra de estudantes universitários;
- Analisar a relação entre os níveis de Autodeterminação e os níveis de Percepção de Competência alimentar;
- Analisar as diferenças entre os níveis de Autodeterminação, de forma global, em função do sexo;
- Analisar as diferenças entre os níveis de Autoconsciência em função do sexo;
- Analisar as diferenças entre os níveis de Escolha Percebida em função do sexo;
- Analisar as diferenças entre os níveis de Percepção de Competência alimentar em função do sexo.

1.2. Identificação das variáveis

Lakatos e Marconi (2003) consideram como uma variável uma classificação ou uma medida, ou seja, um conceito operacional, que contém ou apresenta valores. Também pode ser definida como um atributo que reflete ou expressa um conceito ou constructo, e que pode assumir diferentes valores (Coutinho, 2015).

Como em qualquer investigação, é importante fazer a distinção entre variáveis dependentes e independentes e identificar as variáveis em questão. Define-se como variável dependente a característica que aparece ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente, isto é, consiste nos valores (fenómenos e/ou fatores) a serem explicados em virtude de serem influenciados, determinados ou afetados pela variável independente. A variável independente é explicada como aquela que influencia, determina ou afeta outra variável, ou seja, identifica-se com a dimensão ou característica que o investigador manipula deliberadamente para conhecer o seu impacto na variável dependente (Coutinho, 2015; Lakatos & Marconi, 2003).

Neste estudo considera-se como variável de critério a percepção de competência alimentar e apresenta como variável preditora os indicadores de autodeterminação.

1.3. Tipologia do estudo

O estudo efetuado classifica-se como método de investigação e análise quantitativa, dado que tem como principal objetivo descrever variáveis e examinar algumas relações entre elas. Dentro da abordagem quantitativa, o estudo é de carácter descritivo, exploratório e correlacional, uma vez que pretende fornecer uma descrição dos dados relativos às variáveis em estudo, investigar fenómenos pouco compreendidos ou a desenvolver e examinar a associação de uma variável com outras variáveis.

2. Metodologia

Neste segundo ponto, serão abordados os constituintes que integram a parte metodológica desta investigação, onde se realiza a descrição dos participantes e a explicação das várias características da amostra como por exemplo, sexo, idade, peso, altura, entre outras. Também serão expostos os instrumentos utilizados com a finalidade de recolher os dados em harmonia com os objetivos do estudo e as variáveis em análise, tal como os procedimentos realizados.

Numa investigação é possível distinguir entre dois tipos de metodologia, a quantitativa e a qualitativa. A metodologia quantitativa tem como objetivo compreender os fenómenos através da recolha de dados numéricos, é usada para quantificar o problema por meio da geração de dados numéricos ou dados que podem ser transformados em dados estatísticos, ou seja, utiliza métodos de quantificação ou de manipulação das variáveis em questão. Em contrapartida, a metodologia qualitativa tem como objetivo compreender os fenómenos através da recolha de dados narrativos, estudando assim as particularidades e experiências vividas de cada indivíduo (French, Vedhara, Kaptein, & Weinman, 2010; Lakatos & Marconi, 2003).

Assim, no que diz respeito ao seu método, este estudo caracteriza-se como quantitativo, como foi assinalado anteriormente.

Em seguida, e mais pormenorizadamente, encontra-se uma explicação da visão e dos processos metodológicos seguidos.

2.1. Participantes

Relativamente à amostra em estudo, esta caracteriza-se por ser não probabilística e por conveniência, pois os dados foram recolhidos online estando, por isso, sujeitos à vontade dos utilizadores e à disponibilidade dos mesmos. Entende-se por amostra de conveniência a seleção de uma amostra da população que seja acessível, ou seja, os indivíduos que estejam inseridos no estudo são selecionados por se mostrarem disponíveis, não foram selecionados por meio de um critério estatístico (Fortin et al., 2009). Note-se, no entanto,

que, não obstante, se solicitou que apenas respondessem ao protocolo estudantes a frequentarem o ensino superior.

A amostra inclui 119 estudantes, com mais de 18 anos, inscritos no ano letivo de 2017/2018 em qualquer Instituição do Ensino Superior em Portugal. Esta amostra é constituída por participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 52 anos, sendo a maioria do sexo feminino. Nesta amostra a maioria dos indivíduos são solteiros. Cerca de 55.5% desta amostra apresenta como habilitações literárias Bacharelato ou Licenciatura e mais de metade da amostra frequenta o Ensino Superior Universitário Público.

2.2. Instrumentos

A recolha de dados foi realizada através a utilização de um protocolo constituído por um questionário sociodemográfico e por duas escalas, a Escala de Autodeterminação, versão Portuguesa da “Self-Determination Scale” (SDSp) (Sheldon & Deci, 1996; Sheldon, Ryan, & Reis, 1996; Silva, Vieira, Coutinho, Minderico, Matos, & Sardinha, 2010) e a Escala de Perceção de Competência, versão Portuguesa da “Perceived Competence Scale” (PCSp) (Williams, Freedman, & Deci 1998; Mestre & Ribeiro, 2008).

O protocolo é constituído, primeiramente, por um questionário sociodemográfico, formulado de forma a retirar informações relevantes e gerais relativamente aos participantes. Assim sendo, informações como idade, sexo, peso, altura, dados sobre as horas de sono durante a época regular e época de frequências/exames alimentação de cada participante em época regular e época de frequências/exames, entre outros, foram recolhidos com este questionário. Exemplos de itens considerados neste questionário: “Enquanto estudante, normalmente, dorme quantas (considerando uma semana típica)”; “Em época regular, come, em média, quantas refeições por dia?”; “Durante o ano letivo, onde costuma fazer as suas refeições?”, entre outros.

De seguida aplicou-se a Escala de Auto-Determinação, versão portuguesa da “Self-Determination Scale” (SDSp) de Sheldon e Deci (1996), Sheldon, Ryan e Reis (1996) adaptada por Silva, Vieira, Coutinho, Minderico, Matos e Sardinha

(2010). Esta escala avalia as diferenças individuais, ao nível de traço, no sentido como os participantes tendem a funcionar de uma forma autodeterminada, que retrata estar mais consciente dos seus sentimentos e do modo como se vê a si mesmo, e possuir um sentimento de escolha face aos seus comportamentos. A escala é constituída por dez itens, num formato de resposta tipo *Likert* de 5 pontos (1- “Só A é verdadeira”; 5- “Só B é verdadeira”). Contêm duas subescalas, “Autoconsciência” e “Escolha Percebida”. Os itens levam os participantes a estimar qual das duas afirmações parece mais verdadeira, por exemplo “Sinto que sou sempre eu a escolher aquilo que faço” versus “Por vezes sinto que não sou realmente eu a escolher aquilo que faço” (Silva, 2010). Para obter a pontuação de cada item, é necessário inverter os itens 1, 3, 5, 7 e 9 da subescala “Escolha Percebida”. A pontuação obtida é feita pelo somatório da cotação dos itens para cada subescala. Existe a possibilidade nesta escala de realizar o somatório da subescala autoconsciência e da subescala escolha percebida e obter, também, um valor de autodeterminação total. Os resultados elevados indicam maiores níveis de autodeterminação. O *Alpha de Cronbach* para a subescala autoconsciência é de 0.67, para a subescala escolha percebida é de 0.84 e para a autodeterminação global é de 0.81 (Sheldon & Deci, 1996; Batista, 2017). O *Alpha de Cronbach* do presente estudo para a subescala de autoconsciência é 0.68, para a subescala escolha percebida é 0.78 e para a escala de autodeterminação total é 0.79. A consistência interna desta escala foi avaliada através do cálculo do coeficiente de *Alpha de Cronbach*, e é considerada razoável, tendo como referência a seguinte indicação de Pestana e Gageiro (2007): os valores inferiores a 0.6 (consistência inadmissível), os valores entre 0.6 e 0.7 (consistência fraca), entre 0.7 e 0.8 (consistência razoável), entre 0.8 e 0.9 (consistência boa) e os valores superiores a 0.9 (consistência muito boa).

A Escala de Percepção de Competência, versão portuguesa da “Perceived Competence Scale” (PCSp) de Williams, Freedman e Deci (1998), adaptada por Mestre e Ribeiro (2008), também integra este trabalho. A escala é constituída por quatro afirmações distintas sobre a confiança do participante na sua própria competência face à regulação e manutenção de uma dieta saudável. A resposta encontra-se dividida numa escala de *Likert* de 7 pontos (1- “Nada Verdadeiro”;

7- “Totalmente Verdadeiro”), consoante a forma como o respondente perceciona as suas capacidades e o seu nível de concordância com o item, por exemplo “Sinto-me confiante na minha capacidade em manter uma dieta saudável”. De salientar que, quanto maior o valor selecionado na resposta, maior é também a percepção de competência na regulação de um estilo de comportamento alimentar saudável e equilibrado. O *Alpha de Cronbach* para esta escala é de 0.9, apresentando, assim, uma boa consistência interna (Mestre & Ribeiro, 2008). O *Alpha de Cronbach* do presente estudo é de 0.94. A consistência interna desta escala foi avaliada através do cálculo do coeficiente de *Alpha de Cronbach*, considerando a mesma referência anteriormente enunciada (Pestana & Gageiro, 2007).

2.3. Procedimento

O protocolo esteve disponível numa plataforma online entre o dia 4 de maio de 2018 e 31 de julho de 2018. Foi estruturado e disseminado por links, *mailing lists*, fóruns e contacto com grupos específicos, acessíveis na internet através de um link destinado à sua resposta, que seria posteriormente registada em formato eletrónico, salvaguardando a confidencialidade e participação voluntária e informada dos participantes. Assim, os procedimentos éticos foram assegurados pelo consentimento informado, pelo anonimato e confidencialidade dos questionários, assim como o respetivo tratamento dos dados, que seria somente no âmbito do estudo em causa, e que não implicaria a identificação e divulgação individualizada da informação recolhida.

Para o tratamento e análise dos dados recorreu-se ao software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25, utilizando-se a estatística descritiva e a estatística inferencial (testes não paramétricos para amostras independentes e testes de associação e de diferença).

Capítulo V. Análise estatística dos dados

1. Análise descritiva dos dados

1.1. Caracterização das variáveis sociodemográficas

A idade média dos participantes é de 22.51 anos ($DP = 5.55$), relativamente ao género, 78.2% são do sexo feminino e 21.8% são do sexo masculino. Quanto ao estado marital, 60.5% são solteiros(as), 32.8% apresenta um relacionamento significativo, 3.4% encontra-se em união de facto, 1.7% tem como estado marital divorciado(a) ou separado(a), 0.8% são casados(as) e, por último, 0.8% classificou o estado marital como outro.

O peso médio dos participantes é de 62.46 kg ($DP = 11.69$) e a altura média dos participantes é de 167.07 cm ($DP = 8.61$).

Quanto às “habilitações literárias”, 55.5% dos participantes tem como habilitação literária Bacharelato ou Licenciatura e 41.2% Ensino secundário ou profissional. Relativamente à “tipologia de ensino”, 68.9% dos participantes encontra-se no Ensino Superior Universitário Público, 15.1% no Ensino Superior Politécnico Público, 10.9% Ensino Superior Universitário Privado e 5.0% Ensino Superior Politécnico Privado. No que diz respeito ao “ciclo de estudos”, 47.9% dos participantes encontra-se no 1º ciclo de estudos - Licenciatura, 35.3% no 2º ciclo de estudos - Mestrado, 11.8% no Mestrado Integrado, 5.0% em outro tipo de curso ou formação.

Quanto ao “ano que está a frequentar”, 29.4% dos participantes frequenta o 1º ano, 27.7% o 2º ano, 16.8% o 3º ano, 10.1% o 4º ano, 14.3% o 5º ano e 1.7% responderam “Outro”. Em relação ao curso ter sido apontado como 1ª opção, 85.7% dos participantes respondeu que sim. No que diz respeito à instituição que frequenta ter sido apontada como 1ª opção, 70.6% dos participantes respondeu que sim.

Relativamente às horas que dedica às atividades académicas, 2.5% dedica menos de 1 hora por semana, 56.3% dedica de 1 a 10 horas por semana, 31.9% dedica de 11 a 30 horas por semana e 9.2% dedica de 31 a 35 horas por semana.

Quanto às horas dormidas numa semana típica, 2.5% dorme de 1 a 4 horas por noite, 94.1% dorme de 5 a 8 horas por noite e 3.4% dorme de 9 a 12 horas por noite.

No que diz respeito ao número de refeições feitas em época regular, 21.0% dos participantes faz 3 refeições por dia, 55.5% faz 4 refeições por dia e 23.5% faz mais de 4 refeições por dia. Relativamente ao número de refeições feitas por dia em época de frequências/exames, 4.2% dos participantes faz 2 refeições por dia, 26.1% faz 3 refeições por dia, 47.1% faz 4 refeições por dia e 22.7% faz mais de 4 refeições por dia.

Quanto ao local onde realizam as refeições, 20.3% dos participantes come na cantina, 2.5% come no bar, 67.2% come em casa e 10.1% respondeu outra.

Relativamente se se encontra deslocado (a) da sua área de residência (de origem), 68.1% respondeu que sim.

Na Tabela 1 encontram-se, de forma resumida, a descrição das médias e desvio padrão das variáveis idade, peso e altura.

Tabela 1

Descrição das Médias e Desvio Padrão das Variáveis Idade, Peso e Altura

	Média	Desvio padrão
Idade	22.51	5.55
Peso	62.46	11.69
Altura	167.07	8.61

Na Tabela 2 encontram-se, de forma resumida, a descrição das frequências e percentagens nas restantes variáveis sociodemográficas.

Tabela 2

Descrição das Frequências e Percentagens das Restantes Variáveis Sociodemográficas

	<i>N</i>	<i>%</i>
Género		
Homem	26	21.8
Mulher	93	78.2
Estado marital		
Solteiro (a)	72	60.5
Tem um relacionamento significativo	39	32.8
Casado (a)	1	0.8
Divorciado (a)/ Separado (a)	2	1.7
União de facto	4	3.4
Outro	1	0.8
Habilitações literárias		
Ensino secundário ou profissional	49	41.2
Bacharelato ou Licenciatura	66	55.5
Mestrado	4	3.4
Tipologia de Ensino		
Ensino Superior Universitário Público	82	68.9
Ensino Superior Universitário Privado	13	10.9
Ensino Superior Politécnico Público	18	15.1
Ensino Superior Politécnico Privado	6	5.0
Ciclo de Estudos		
1º ciclo de estudos - Licenciatura	57	47.9
2º ciclo de estudos - Mestrado	42	35.3
Mestrado Integrado	14	11.8
Outro tipo de curso ou formação	6	5.0
Ano que frequenta		
1º ano	35	29.4
2º ano	33	27.7
3º ano	20	16.8

4º ano	12	10.1
5º ano	17	14.3
Outro	2	1.7
Curso como 1ª opção		
Sim	102	85.7
Não	17	14.3
Instituição como 1ª opção		
Sim	84	70.6
Não	35	29.4
Horas que dedica às atividades acadêmicas		
Menos de 1 hora por semana	3	2.5
De 1 a 10 horas por semana	67	56.3
De 11 a 30 horas por semana	38	31.9
De 31 a 35 horas por semana	11	9.2
Horas que dorme numa semana típica		
De 1 a 4 horas por noite	3	2.5
De 5 a 8 horas por noite	112	94.1
De 9 a 12 horas por noite	4	3.4
Número de refeições feitas por dia em época regular		
3 refeições	25	21.0
4 refeições	66	55.5
Superior a 4 refeições	28	23.5
Número de refeições feitas por dia em época de frequência/exames		
2 refeições	5	4.2
3 refeições	31	26.1
4 refeições	56	47.1
Superior a 4 refeições	27	22.7
Local onde faz as refeições		
Na cantina	24	20.2
No bar	3	2.5
Em casa	80	67.2
Outra	12	10.1

Encontra-se deslocado (a) da área de residência (de origem)

Sim	81	68.1
Não	38	31.9

1.2. Caracterização dos níveis de autodeterminação

A média, de um modo geral, obtida pelos participantes nesta escala foi de 38.66 ($DP = 6.08$) (ver Tabela 3). Relativamente ao primeiro item da escala, foi obtida uma média de 3.61 ($DP = 0.98$), 20.2% dos participantes classificou a sua resposta como “Só A é verdadeira” e 1.7% como “Só B é verdadeira”. No segundo item foi obtida uma média de 3.34 ($DP = 1.22$), onde 10.1% dos participantes classificou a sua resposta como “Só A é verdadeira” e 18.5% como “Só B é verdadeira”. No terceiro item foi obtida uma média de 3.78 ($DP = 1.02$), onde 29.5% dos participantes classificou a sua resposta como “Só A é verdadeira” e 0.8% como “Só B é verdadeira”. No quarto item foi obtida uma média de 3.99 ($DP = 1.05$), onde 5.0% dos participantes classificou a sua resposta como “Só A é verdadeira” e 35.3% como “Só B é verdadeira”. No cinco item foi obtida uma média de 3.74 ($DP = 1.04$), onde 28.6% dos participantes classificou a sua resposta como “Só A é verdadeira” e 0.8% como “Só B é verdadeira”. No sexto item foi obtida uma média de 4.14 ($DP = 0.84$), onde 0.8% dos participantes classificou a sua resposta como “Só A é verdadeira” e 39.5% como “Só B é verdadeira”. No sétimo item foi obtida uma média de 3.84 ($DP = 1.03$), onde 31.1% dos participantes classificou a sua resposta como “Só A é verdadeira” e 1.7% como “Só B é verdadeira”. No oitavo item foi obtida uma média de 3.97 ($DP = 1.1$), onde 4.2% dos participantes classificou a sua resposta como “Só A é verdadeira” e 39.5% como “Só B é verdadeira”. No nono item foi obtida uma média de 3.86 ($DP = 0.96$), onde 30.3% dos participantes classificou a sua resposta como “Só A é verdadeira” e 0% como “Só B é verdadeira”. Por último, no décimo item foi obtida uma média de 4.38 ($DP = 0.96$), onde 1.7% dos participantes classificou a sua resposta como “Só A é verdadeira” e 62.2% como “Só B é verdadeira” (ver Tabela 4).

Tabela 3

Descrição da Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo da Escala Autodeterminação

	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Escala de Autodeterminação	38.66	6.08	17.00	50.00

Tabela 4

Descrição das Médias, Desvios Padrão, Mínimos e Máximos de Cada Item da Escala de Autodeterminação

Escala de Autodeterminação	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Item 1	3.61	0.98	5	1
Item 2	3.34	1.22	1	5
Item 3	3.78	1.02	5	1
Item 4	3.99	1.05	1	5
Item 5	3.74	1.04	5	1
Item 6	4.14	0.84	1	5
Item 7	3.84	1.03	5	1
Item 8	3.97	1.11	1	5
Item 9	3.86	0.96	4 ²	1
Item 10	4.38	0.96	1	5

1.3. Caracterização dos níveis de percepção de competência

A média, de um modo geral, obtida pelos participantes nesta escala foi de 16.07 ($DP = 6.23$) (ver Tabela 5). Relativamente ao primeiro item da escala, foi obtida uma média de 4.18 ($DP = 1.61$), 4.2% dos participantes classificou a sua resposta como “Nada Verdadeiro”, 27.7% como “Parcialmente Verdadeiro” e 7.6% como “Totalmente Verdadeiro”. No segundo item foi obtida uma média

² Este item apresentou como mínimo 4 porque não existiram respostas para a cotação 5.

de 3.97 ($DP = 1.67$), 5.0% dos participantes classificou a sua resposta como “Nada Verdadeiro”, 26.1% como “Parcialmente Verdadeiro” e 7.6% como “Totalmente Verdadeiro”. No terceiro item foi obtida uma média de 3.55 ($DP = 1.73$), 12.6% dos participantes classificou a sua resposta como “Nada Verdadeiro”, 17.6% como “Parcialmente Verdadeiro” e 4.2% como “Totalmente Verdadeiro”. Por último, no quarto item foi obtida uma média de 4.18 ($DP = 1.76$), 5.0% dos participantes classificou a sua resposta como “Nada Verdadeiro”, 21.8% como “Parcialmente Verdadeiro” e 21.0% como “Totalmente Verdadeiro” (ver Tabela 6).

Tabela 5

Descrição da Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo da Escala Percepção de Competência

	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Escala de Percepção de Competência	16.07	6.23	4.00	28.00

Tabela 6

Descrição das Médias, Desvios Padrão, Mínimos e Máximos de Cada Item da Escala de Percepção de Competência

Escala de Percepção de Competência	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Item 1	4.18	1.61	1	7
Item 2	3.97	1.67	1	7
Item 3	3.55	1.73	1	7
Item 4	4.36	1.76	1	7

2. Testes de normalidade

A fim de decidir o tipo de testes estatísticos a utilizar, recorreu-se aos testes de *Shapiro-Wilk* e *Kolmogorov-Smirnov* para averiguar se as variáveis em estudo apresentavam uma distribuição normal.

Não tendo sido verificado o pressuposto da normalidade (valores de p nos testes de *Shapiro-Wilk* e *Kolmogorov-Smirnov* inferiores aos valores usuais do nível de significância, $p < .05$).

Procedeu-se às análises estatísticas (considerando a Escala de Autodeterminação, as subescalas de Autoconsciência e Escolha percebida e a Escala de Percepção de Competência) com recurso aos testes estatísticos não paramétricos, tais como o Coeficiente de Correlação de *Spearman* e o Teste *U* de *Mann-Whitney*.

3. Análise inferencial dos dados

Na análise da associação entre as variáveis considerámos a relação entre a autodeterminação e a percepção de competência.

Assim, como se pode observar na Tabela 7, a correlação encontrada entre “Autodeterminação (global)” e a “Percepção de Competência (total)” é de .178 com uma probabilidade associada de $p = .053$. Perante este valor de probabilidade ($p = .053$, não significativo), conclui-se que estamos perante uma ausência de correlação com significado estatístico entre as variáveis estudadas ($r_s = .178$, $p = .053$).

Tabela 7

Correlação entre a Autodeterminação Total e a Percepção de Competência

	<i>N</i>	Coeficiente de Correlação de Spearman (r_s)	<i>p</i>
Autodeterminação	119	.178	.053
Percepção de Competência	119	.178	.053

Na análise da diferença entre variáveis, investigamos as diferenças nos níveis de Autodeterminação (global ou total), de Autoconsciência, de Escolha Percebida e de Percepção de Competência em função do sexo.

Nos resultados obtidos não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo feminino e os do sexo masculino. Apesar de não se terem verificado estas diferenças, podemos identificar algumas tendências, com os participantes do sexo feminino a apresentarem resultados inferiores ($Mdn = 58.95$) comparativamente aos do sexo masculino ($Mdn = 63.77$), $U = 1111$, $p = .528$ (ver Tabela 8).

Tabela 8

Níveis de Autodeterminação (Global ou Total) em Função do Sexo

	Sexo Feminino ($n = 93$) Média de Ordem	Sexo Masculino ($n = 26$) Média de Ordem	Mann- Whitney (U)	p
Autodeterminação	58.95	63.77	1111	.528

Como se pode observar na Tabela 9, também no caso da Autoconsciência não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo feminino e os do sexo masculino. Ainda assim, podemos identificar algumas tendências, com os participantes do sexo feminino a apresentarem resultados inferiores ($Mdn = 58.81$) comparativamente aos do sexo masculino ($Mdn = 64.27$), $U = 1098$, $p = .473$.

Tabela 9

Níveis de Autoconsciência em Função do Sexo

	Sexo Feminino (<i>n</i> = 93) Média de Ordem	Sexo Masculino (<i>n</i> = 26) Média de Ordem	Mann- Whitney (<i>U</i>)	<i>p</i>
Autoconsciência	58.81	64.27	1098	.473

Na análise das diferenças nos níveis de Escolha Percebida em função do sexo também não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo feminino e os do sexo masculino. Não obstante, podemos identificar algumas tendências, com os participantes do sexo feminino a apresentarem resultados inferiores (*Mdn* = 59.30) comparativamente aos do sexo masculino (*Mdn* = 62.50), *U* = 1144, *p* = .675 (ver Tabela 10).

Tabela 10

Níveis de Escolha Percebida em Função do Sexo

	Sexo Feminino (<i>n</i> = 93) Média de Ordem	Sexo Masculino (<i>n</i> = 26) Média de Ordem	Mann- Whitney (<i>U</i>)	<i>p</i>
Escolha Percebida	59.30	62.50	1144	.675

Por último, como se pode observar na Tabela 11, através da análise dos níveis de Percepção de Competência em função do sexo foi possível concluir que há diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo feminino e os do sexo masculino, no que diz respeito ao nível da Percepção de Competência, *U* = 805.500, *p* = .009. Os participantes do sexo masculino relatam

níveis superiores de Percepção de Competência (*Mdn* = 75.52) do que os participantes do sexo feminino (*Mdn* = 55.66).

Tabela 11

Níveis de Percepção de Competência em Função do Sexo

	Sexo Feminino (<i>n</i> = 93) Média de Ordem	Sexo Masculino (<i>n</i> = 26) Média de Ordem	Mann- Whitney (<i>U</i>)	<i>p</i>
Percepção de Competência	55.66	75.52	805	.009

Capítulo VI. Discussão

1. Discussão dos resultados

Neste terceiro capítulo, procede-se à discussão da temática em função dos resultados obtidos, descritos precedentemente na apresentação da análise estatística dos dados. Irá seguir-se a ordem que se abrangeu nos objetivos de investigação, discutindo os resultados encontrados para cada pressuposto e realizando uma conjugação com outros estudos empíricos que se referem à mesma problemática, encontrados através de uma análise da literatura existente. O principal objetivo deste capítulo é o de inclusão das principais conclusões observadas nesta investigação, comparando-as com os estudos passados.

Através deste trabalho procurou-se explorar os níveis de autodeterminação e de percepção de competência alimentar em estudantes universitários e analisar a relação entre estas duas variáveis.

Assim, na tentativa de perceber se a autodeterminação está relacionada com a percepção de competência alimentar propôs-se o primeiro objetivo, sendo ele caracterizar um conjunto de comportamentos de saúde recolhidos através do questionário sociodemográfico. Com isso, é possível concluir que a amostra é composta por 119 estudantes universitários com idades compreendidas entre os 18 e os 52 anos, sendo 22.51 anos a idade média dos participantes, sendo a maioria do sexo feminino. Nesta amostra a maioria dos participantes são solteiros, apresentam como peso médio 62.46 kg e como altura média 167.07 cm. A maioria dos participantes apresenta como habilitação literária o Bacharelato ou Licenciatura, frequentando o Ensino Superior Universitário Privado. Relativamente às horas dormidas numa semana típica, a maioria dorme de 5 a 8 horas por noite. Na época regular, mais de metade dos participantes realiza 4 refeições por dia e quase metade dos participantes. O mesmo acontece na época de frequências/exames, sendo que quase metade dos participantes realiza 4 refeições diárias e a maioria dos participantes realizam as suas refeições em casa.

Atendendo ao objetivo de caracterizar os níveis de autodeterminação, obteve-se uma média de 38.66 e relativamente ao objetivo de caracterizar os níveis de perceção de competência alimentar, obteve-se uma média de 16.07.

Ao analisar a relação entre os níveis de Autodeterminação e os níveis de Perceção de Competência era esperado, à luz da literatura da área, que estivessem positivamente associadas, não tendo sido possível concluir, a partir dos resultados obtidos para a amostra encontrada, a associação entre estas duas variáveis. Como referimos, tal veio contrariar estudos anteriores, pois alguns autores mostraram que a perceção de competência pode conduzir a níveis altos de motivação intrínseca, tal como apresentado na componente teórica, a motivação intrínseca relaciona-se com o simples prazer da ação, e é guiada por um sentido interno de locus de causalidade, isto é, o sujeito tem a perceção que é ele o principal agente e iniciador da ação, sendo, este tipo de motivação denominado de altamente autodeterminado (Mestre, 2010). Vallerand e Reid (1984) mostraram que a perceção de competência afetava a motivação intrínseca, sendo que Losier e Vallerand (2011) também verificaram que a motivação pode influenciar a perceção de competência. Contraria, também, o trabalho de Mestre e Ribeiro (2010), que sugere que existe uma relação positiva entre a perceção de competência e a motivação autónoma. Estudos realizados por Dumm e Watkinson (1994, citados por Maia, 2013) referem que os sujeitos mais intrinsecamente motivados são também os que se sentem mais competentes. Os autores chegam mesmo a apontar que a perceção de competência pode ser determinante no tipo de motivação, concluindo que os indivíduos que se sentem mais competentes estão motivados para participar nas tarefas, ao contrário dos que se sentem menos competentes. Dada a consistência da literatura que aponta para a relação entre as variáveis, os resultados obtidos no presente estudo poderão estar associados com aspetos relacionados com os próprios constructos e com aspetos particulares das metodologias utilizadas, podendo considerar-se a possibilidade, em estudos futuros, de utilizar outros instrumentos. O facto de a amostra ter sido recolhida via online, com implicações na compreensibilidade das instruções pode ter influenciado os resultados obtidos. A altura em que foi lançado o protocolo pode estar relacionado com estes resultados porque, sendo uma amostra de

estudantes universitários, a altura em que foi pedido para responderem foi no final do ano letivo, havendo, assim, mais pressão com os exames, frequências ou entrega de trabalhos, não havendo muita disponibilidade para responder.

Na análise das diferenças nos níveis de Autodeterminação, de forma global, em função do sexo não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo feminino e os do sexo masculino. Ainda que não se tenham verificado diferenças entre os dois sexos, podemos reconhecer algumas tendências, com os participantes do sexo masculino a apresentarem resultados mais altos que os do sexo feminino. Apesar de a componente da atividade física não estar relacionada com o presente trabalho, houve uma recente meta-análise de 27 estudos em que avaliaram a relação da autodeterminação na atividade física em relação ao sexo, onde Guérin, Bales, Sweet e Fortier (2012, citados por Lauderdale et al., 2015) relataram que, embora houvesse variações entre os gêneros, as diferenças não foram significativas entre os indicadores de autodeterminação. As mulheres tiveram resultados mais altos para a regulação introjetada, mas não houve diferença significativa entre homens e mulheres nos resultados de motivação intrínseca (Lauderdale et al., 2015). De acordo com os resultados obtidos nos estudos referidos anteriormente, os nossos resultados vão de acordo com eles pois não se observaram diferenças significantes entre os dois sexos. No entanto, estes resultados podem estar relacionados com o facto de os participantes não terem entendido a formulação das questões da Escala de Autodeterminação, pois esta é uma escala em que cada item apresenta duas afirmações, sendo uma positiva e a outra negativa. E como foi respondido via online não haveria possibilidade de explicar de outra forma como seria a resposta aos itens.

Na análise das diferenças nos níveis de Autoconsciência em função do sexo não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo feminino e os do sexo masculino. Apesar de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas, podemos identificar tendências, com os participantes do sexo feminino a apresentarem resultados inferiores comparativamente aos do sexo masculino. De acordo com estudos mencionados na literatura, apesar da componente avaliada seja a atividade física, as diferenças de gênero foram encontradas na motivação para a prática

de atividade física em estudantes de colégio. Egli e colaboradores (2011, citados por Lauderdale, Yli-Piipari, Irwin, & Layne, 2015) descobriram que os homens tinham uma tendência a serem mais motivados por fatores intrínsecos, enquanto que, as mulheres eram mais motivadas por fatores extrínsecos. Os homens eram mais propensos a mencionar prazer, desafio, reconhecimento social, afiliação, competição, força e resistência como fatores motivadores para a atividade física, enquanto que, as mulheres eram mais propensas a relatar aspectos como evitar doenças, manter a saúde positiva, o controle de peso e a aparência como motivos para a prática de exercício. Assim sendo, os resultados obtidos no presente trabalho não vão de acordo com estudos já realizados.

Na análise das diferenças nos níveis de Escolha Percebida em função do sexo não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo feminino e os do sexo masculino. Apesar de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas, podemos identificar tendências, com os participantes do sexo feminino a apresentarem resultados inferiores comparativamente aos do sexo masculino. Devido à falta de existência de informação que relaciona estas duas variáveis, não foi possível comparar os resultados obtidos neste trabalho com possíveis estudos que avaliem estas duas variáveis.

A Autoconsciência e a Escolha Percebida são duas subescalas que fazem parte da Escala de Autodeterminação e, por isso, os resultados obtidos nestas duas subescalas podem estar relacionados com a formulação das questões apresentadas no protocolo e como este foi realizado num formato digital não foi possível esquematizar exatamente da mesma forma que a escala é apresentada em formato de papel, de maneira a ficar mais perceptível, de fácil leitura e de compreensão. O meio em que os participantes vivem também pode estar relacionado com estes resultados, ou seja, as questões culturais, assim como o interesse pelo tema apresentado podem ter influenciado os resultados.

Por último, na análise das diferenças entre os níveis de Percepção de Competência alimentar em função do sexo, era esperado que estas duas variáveis estivessem positivamente relacionadas, expectativas que vão de encontro dos resultados do presente estudo, na medida em que registam

diferenças, estatisticamente significativas, entre os participantes do sexo feminino e os do sexo masculino. Os participantes do sexo masculino relatam níveis superiores de percepção de competência em comparação com os participantes do sexo feminino. Relativamente à literatura, existem estudos sobre a percepção de competência, mas onde este constructo está relacionado com a atividade física e não com comportamentos alimentares. De qualquer forma, segundo estudos relacionados com a percepção de competência e a atividade física, os resultados obtidos no presente trabalho vão de acordo, ou seja, investigações realizadas com crianças reportam que os rapazes apresentam um nível mais elevado de percepção de competência em comparação com as raparigas (Silva et al., 2016). De acordo com Satter (2007), os indivíduos competentes apresentam-se como sendo confiantes, confortáveis e flexíveis com a alimentação, e são pragmáticos e confiáveis em relação à obtenção de alimentos saudáveis e nutritivos. O modelo de competência alimentar de Satter considera quatro características importantes que os indivíduos precisam de ter para serem competentes, tais como, atitudes alimentares, aceitação dos alimentos e de uma dieta variada, competências regulatórias que permitem um consumo equilibrado com a quantidade de energia que necessitam e capacidades de gestão do contexto alimentar, ou seja, recursos para lidar com o contexto alimentar e com o planeamento de refeições em família (Satter, 2007). Havendo diferenças entre o sexo masculino e o sexo feminino, com o sexo masculino a apresentar níveis mais elevados de percepção de competência alimentar, isso pode ser explicado pelas quatro características que Satter (2007) refere como sendo importantes para se sentirem competentes. Ou seja, os participantes do sexo masculino podem ter mais atitudes alimentares, aceitação dos alimentos e de uma dieta variada, competências regulatórias que permitem um consumo equilibrado com a quantidade de energia que necessitam e capacidades de gestão do contexto alimentar em relação ao sexo feminino. Os resultados obtidos também podem ter sido influenciados com o facto de 68.1% da amostra se encontrar deslocada da área de residência (de origem) e como a maioria da amostra é constituída por mulheres, ao se encontrarem deslocados de casa, os participantes do sexo

feminino podem se sentir mais vulneráveis, levando a que tenham hábitos de alimentação menos saudáveis.

2. Conclusão

A Teoria da Autodeterminação é uma das teorias mais proeminentes para explicar o comportamento humano em diferentes domínios da vida. A autodeterminação do indivíduo é afetada pela medida em que as necessidades fundamentais de uma pessoa por competência, autonomia e relacionamento são satisfeitas. A competência reflete como o comportamento de um indivíduo é eficaz e como este sente que possui capacidades adequadas para realizar uma tarefa. A autonomia, por sua vez, representa o desejo orgânico de auto-organizar a experiência e o comportamento e de ter uma atividade concordante com o sentido integrado do eu (Silva, 2010). A terceira necessidade, o relacionamento, é a procura por relacionamentos com outras pessoas, com o objetivo de amar e de se sentir amado. reflete a necessidade de sentir um sentimento seguro de pertença ou de conexão com os outros. Se estas necessidades forem atendidas, elas terão um efeito positivo no bem-estar e na qualidade da motivação de um indivíduo (Appel-Silva et al., 2010; Lauderale et al., 2015; Silva, 2010).

Para a TAD, a motivação é a força que leva o sujeito a interagir com o ambiente, portanto, as necessidades psicológicas básicas impulsionam o sujeito, pela motivação, à ação no contexto em que está inserido. Esta teoria supõe que a motivação ocorre num *continuum* de motivação extrínseca para intrínseca. A motivação extrínseca é aquela em que o indivíduo é impulsionado por condições externas e a motivação intrínseca é quando o sujeito se mobiliza para a ação por motivos internos, baseados nas necessidades intrínsecas (Appel-Silva et al., 2010). Sugere, também, que o nível de autonomia humana aumenta em direção à motivação intrínseca do final do *continuum* (Deci & Ryan, 2000), sendo que a motivação intrínseca representa o motivo mais autorregulado no *continuum* (Lauderale et al., 2015).

Na regulação do comportamento, a motivação autónoma parece ter mais resultados benéficos, quando se compara com a motivação controlada (Ryan &

Deci, 2000). Uma regulação de tipo autónoma está ligada a uma maior persistência, a afeto positivo, aumento do desempenho e melhor bem-estar psicológico (Mestre, 2010).

A percepção de competência é um constructo importante e tem sido estudada na sua relação com outros conceitos, ao nível da motivação, por exemplo, foi confirmado o papel intermediário que a percepção de competência mantém na motivação intrínseca, o que reforçou a ideia de White (1959) e Harter (1978). Também Deci e Ryan (2000), defendem, de forma idêntica, o conceito de que a percepção de competência e a motivação autónoma se interligam positivamente, enquanto que, a percepção de competência e a motivação controlada mantêm uma ligação negativa.

A motivação de cada indivíduo centra-se nos valores de estimulação e pela necessidade da existência de uma percepção positiva de competência, não esquecendo que o incentivo extrínseco em demasia irá ter uma função comprometedora nos níveis de regulação autónoma do sujeito, tendo consequências ao nível da ação (Brandão, 2016).

Ou seja, ao existir uma percepção positiva de competência, neste caso relacionada a comportamentos alimentares como, por exemplo, manter uma dieta saudável, o indivíduo envolver-se-á em atividades que lhe transmitam desafio, persistirá perante a dificuldade apresentada e com isso, permanecerá mais tempo na atividade, tornar-se-á mais competente, advindo a expectativa de sucesso, e a confiança nas suas capacidades para se predispor a novos desafios. Se a percepção de competência for baixa, o indivíduo não terá confiança nas suas próprias capacidades e não se sentirá motivado para realizar as tarefas podendo mesmo desistir de as concretizar.

Depois do tratamento dos dados recolhidos e das análises estatísticas realizadas verificou-se que não há associação entre os níveis de Autodeterminação (global) e os níveis de Percepção de Competência. Em relação aos testes de diferenças foi possível concluir que não há diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de Autodeterminação (global), os níveis de Autoconsciência e os níveis de Escolha Percebida em função do sexo, no entanto, foi possível identificar algumas tendências, com o sexo masculino

a apresentar resultados mais elevados em relação ao sexo feminino. Relativamente à análise das diferenças dos níveis de Percepção de Competência em função do sexo, observaram-se diferenças estatisticamente significativas, sendo o sexo masculino a apresentar níveis superiores de percepção de competência em relação ao sexo feminino.

Apesar de os resultados obtidos só irem de acordo com a literatura na análise das diferenças entre os níveis de Autodeterminação (global) e os níveis de Percepção de Competência em função do sexo, o presente trabalho apresentou como um dos contributos a interpretação de toda a informação recolhida de modo a ajudar a perceber os resultados obtidos e para tentar perceber o porquê de nas outras análises os resultados não terem ido de acordo com a literatura.

Como em qualquer outro estudo também este apresenta limitações entre as quais o facto de o questionário ter sido respondido online, o que está sujeito ao efeito do voluntário, ou seja, a participação depende de inúmeras variáveis como a vontade de participar, o tempo disponível, o interesse no tema, entre outros.

Uma outra limitação diz respeito à amostra utilizada na investigação. Sendo esta uma amostra seleccionada por conveniência e não de forma aleatória, devem ser tidas reservas na generalização dos resultados obtidos, pois as associações verificadas e não verificadas podem ser resultado das características dos participantes e não das variáveis que se procuraram medir.

Apesar de haver imensa literatura em relação à Teoria da Autodeterminação, quer sobre os seus princípios como sobre as seis mini teorias que a compõem, seria importante e necessário, num futuro próximo, realizar mais estudos em que seja avaliada a componente da autodeterminação e das duas subescalas que compõem a Escala de Autodeterminação (subescala de Autoconsciência e subescala de Escolha Percebida), quer em termos de um aprofundamento do estudo da medida, quer em termos da relação com outras dimensões relevantes.

Também seria importante realizar mais estudos em que fosse possível avaliar a interação entre a autodeterminação e a percepção de competência,

porque apesar de haver alguma informação sobre estes dois conceitos, há poucos estudos realizados que expliquem a interação entre elas (Losier & Vallerand, 2001).

Como já foi referido anteriormente, será muito importante realizar mais estudos relacionados com as variáveis envolvidas neste trabalho para, futuramente, ajudar a responder a questões que possam ser colocadas.

Referências Bibliográficas

- Appel-Silva, M., Wendt, G. W., & Argimon, I. I. de L. (2010). A teoria da autodeterminação e as influências socioculturais sobre a identidade. *Psicologia Em Revista*, 16(2), 351-369.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Batista, D. (2017). *Autodeterminação, Estratégias de Coping e Aceitação da Dor na Dor Lombar Crónica* (Dissertação de Mestrado). Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal.
- Brandão, D. (2016). *Comportamento Alimentar e Perceção de Competência em Crianças e Adolescentes: Estudo Exploratório* (Dissertação de Mestrado). Faculdade das Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Coutinho, C. P. (2015). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria Prática*. Coimbra: Almedina, S. A.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Deci, E. L., & Ryan, R.M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology*, 49(1), 14-23.
- Duda, J. L., Chi, L., Newton, M. L., Walling, M. D. (1995). Task and ego orientation and intrinsic motivation in sport. *International Journal of Sport Psychology*, 26(1), 40-63.
- Eisenberg, M.H., Lipsky, L. M., Dempster, K., Liu, A., & Nansel, T. R. (2016). I Should but I Can't: Controlled Motivation and Self-efficacy are Related

- to Disordered Eating Behaviors in Adolescents with Type 1 Diabetes. *Journal Adolescent Health*, 59(5), 537-542.
- Ferrier, A. G. & Martens, M. P. (2008). Perceived incompetence and disordered eating among college students. *Eating Behaviors*, 9(1), 111-119.
- Fortin, M., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- French, D., Vedhara, K., Kaptein, A. A. & Weinman, J. (2010). *Health Psychology* (2nd Ed.). Chichester: BPS Blackwell.
- Girelli, L., Hagger, M., Mallia, L., & Lucidi, F. (2015). From perceived autonomy support to intentional behaviour: Testing an integrated model in three healthy-eating behaviours. *Appetite*, 96, 280-292.
- Godinho, C., & Marques, M. M. (2016). Promoção de Comportamentos Alimentares Saudáveis e Gestão do Peso: Investigação em Portugal. *Psychology, Community & Health*, 5(2), 80-84.
- Harter, S. (1978). Effectance Motivation Reconsidered toward a developmental Model. *Human Development*, (21), 34-64.
- Lakatos, E. & Marconi, M. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5ª Edição. Editora Atlas: São Paulo.
- Lauderdale, M., Yli-Piipari, S., Irwin, C., & Layne, T. (2015). Gender Differences Regarding Motivation for Physical Activity Among College Students: A Self-Determination Approach. *The Physical Educator*, 72, 153-172.
- Lopez, R. B., Milyavskaya, M., Hofmann, W., & Heatherton, T. F. (2016). Motivational and neural correlates of self-control of eating: A combined neuroimaging and experience sampling study in dieting female college students. *Appetite*, 103, 192-199.
- Losier, G. F., & Vallerand, R. J. (2001). The Temporal Relationship Between Perceived Competence and Self-Determined Motivation. *The Journal of Social Psychology*, 134(6), 793-801.

- Maia, J. (2013). *Objetivos de Realização, Perceção de Competência, Motivação Intrínseca face à Educação Física e Intenção em Praticar Desporto* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Mestre, S. (2010). *A importância da motivação no tratamento da obesidade em jovens e adultos* (Tese de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Mestre, S., & Ribeiro, J. L. P. (2008). Adaptação de três questionários para a população portuguesa baseados na Teoria de Auto-Determinação. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 623-625.
- Mestre, S., & Ribeiro, J. L. P. (2010). Perceção de saúde e perceção de competência : a psicologia positiva no tratamento da obesidade, 1388-1396.
- Mokhtari, S., Grace, B., Pak, Y., Reina, A., Durand, Q., & Yee, J. K. (2017). Motivation and perceived competence for healthy eating and exercise among overweight/obese adolescents in comparison to normal weight adolescents. *BMC Obesity*, 1-9.
- Murayama, K., Elliot, A. J. & Friedman, R. (2012) Achievement Goals. In Ryan, R. M. (ed.), *The Oxford Handbook of Human Motivation*, New York, NY: Oxford University Press.
- Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L. & Williams, G. C. (2012). Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta- Analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325-340.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2007). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Rodgers, W. M., Markland, D., Selzler, A. M., Murray, T. C., & Wilson, P. M. (2014). Distinguishing Perceived Competence and Self-Efficacy: An Example From Exercise. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 85, 527-539.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(6), 1024-1037.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Self-Regulation and the Problem of Human Autonomy: Does Psychology Need Choice, Self-Determination, and Will?. *Journal of Personality*, 74(6), 1557-1586.
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behavior change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10, 1-5.
- Santos, I., Silva, M., & Teixeira, P. (2013). A self-determination theory perspective on weight loss maintenance. *The European Health Psychologist*, 18(5), 194-199.
- Satter, E. (2007). Eating Competence: Definition and Evidence for the Satter Eating Competence Model. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39(5), 142-153.
- Silva, M. (2010). *Predictors of Exercise Adherence and Weight Control: An Application of Self-Determination Theory* (Tese de Doutoramento). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- 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. *Journal of behavioral medicine*, 33(2), 110-22.
- Silva, P. N., Ferreira, L., Pizzo, G. C., Rocha, F. F., Santos, V. A. P., Constantino, R. S., ... Vieira, J. L. L. (2016). Análise a percepção de competência e desempenho motor de pré-escolares do Município de Maringá-PR. *Revista Biomotriz*, 10(1), 5-23.

- Sheldon, K. M., & Deci, E. L. (1996). The Self-Determination Scale. Unpublished manuscript, University of Rochester.
- Sheldon, K., Ryan, R., & Reis, H. (1996). What makes for a good day? Personality and Social Psychology Bulletin, 22, 1270-1279.
- Vallerand, R. J. (2007). Intrinsic and extrinsic in sport and physical activity. A review and look at the future. In G. Tenenbaum & R. C. Eklund (Eds.), *Handbook of Sport Psychology* (pp. 59-83). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Vallerand, R. J., & Reid, G. (1984). On the causal effects of perceived competence on intrinsic motivation: A test of cognitive evaluation theory. *Journal of Sport Psychology*, 6, 94-102.
- 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), 1-16.
- Williams, G. C., Freedman, Z.R., & Deci, E. L. (1998). Supporting autonomy to motivate glucose control in patients with diabetes. *Diabetes Care*, 21, 1644-1651.
- 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.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66(5), 297-333.