



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Comportamento Alimentar e Perceção de Competência em Crianças e Adolescentes: Estudo Exploratório.

Versão final após defesa.

Diana Alexandra Lourenço Brandão

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

Orientador: Prof. Doutora Sandra Carina Guimarães
Coorientadora: Prof. Doutora Cláudia Mendes Silva

Covilhã, outubro de 2016

Dedicatória

Aos meus avós maternos, o meu primeiro pai e a minha segunda mãe, considerando o grandessíssimo papel que tiveram na minha vida.

Ao meu avô, que, não sendo pai no papel, assumiu tudo o que eu poderia desejar num pai e muito mais, sem nunca pedir nada em troca. Obrigada por sempre me teres dito quando eu fazia algo que não devia, mas igualmente, por aceitar que errar à segunda vez também era uma forma de aprender. Obrigada por me teres ensinado a aprender a errar e a lidar com isso. Obrigada por, ao mesmo tempo, me teres encorajado a dar tudo de mim em tudo o que eu fizesse. Obrigada pelo teu colo, por nunca mo teres negado e por ser uma das melhores “casas” que eu já tive.

À minha avó, exemplo de uma das melhores mulheres que já conheci em toda a minha vida. Pelos teus sacrifícios e pelo carinho e amor, que conseguias transmitir até no mais pequeno gesto de uma trança, um incansável obrigada. Obrigada por teres estado lá, a chover ou a fazer sol, todas as manhãs, antes de ir para a escola. Obrigada por teres estado lá, a chover ou a fazer sol, todas as tardes, quando chegava. Obrigada por me teres ensinado que há momentos certos em que devemos colocar algo ou alguém acima de nós. A tua preocupação com a família sempre foi maior do que contigo própria. Seremos, para sempre, a tua família.

Aos meus avós, por me terem transmitido valores tão importantes e por me terem dito, quase todos os dias em que estiveram comigo, que eu iria conseguir realizar os meus sonhos. Convosco aprendi, que não interessa onde ou como já estivemos, mas sim a forma como lidamos quando deixamos de lá estar. Nunca desistiram de parar ou viver, mesmo quando a vida vos passou algumas rasteiras. Convosco aprendi a lidar um pouco melhor com as vicissitudes da vida e com as surpresas que vêm com ela.

Aos meus avós, obrigada por me terem deixado subir às árvores enquanto era pequena, por cair, por me deixarem levantar sozinha quando eu queria, mas, também, por me terem ajudado a levantar quando eu pedia. Não há um dia em que não sinta saudade de vos ter aqui ao meu lado. Não há um dia em que não me lembre de vocês, estarão sempre no meu coração.

Agradecimentos

O primeiro agradecimento é para a pessoa mais importante da minha vida, a minha mãe. Obrigada por seres como és e por sempre mostrares quem és comigo. És um exemplo de força e perseverança, admiro-te por tudo o que passaste ao longo dos anos e por tudo o que abdicaste em função de nós, nunca deixando que nos faltasse o que realmente precisávamos, o amor. Obrigada pelo apoio, pela companhia nas longas horas de escrita, pelo ombro que nunca me faltou quando precisava de desabafar todas as minhas frustrações. Obrigada por dares significado à palavra mãe.

Um grande obrigado à minha orientadora, Professora Carina Guimarães, pela disponibilidade, até nos momentos mais difíceis, por me ter dado indicações sobre o rumo a tomar e por me ajudar a descomplicar as minhas dúvidas. Foi sem dúvida, essencial, na realização de toda esta investigação, pelo esforço e trabalho que demonstrou, principalmente, na reta final, onde existiu um maior volume de trabalho agregado. Obrigada por tudo.

Agradeço, igualmente, à minha coorientadora, Professora Cláudia Silva, por sempre se demonstrar acessível a qualquer dúvida e apoio. Não posso esquecer a professora Ludovina Ramos, um dos três pilares desta investigação. Obrigada por nos incentivar, sempre ao mesmo tempo que apelava ao equilíbrio nas nossas vidas e por nos ter demonstrado, desde há algum tempo, a sua paixão pela regulação do comportamento e da Teoria da Autodeterminação.

Às três escolas que aceitaram o nosso pedido de colaboração, que foram incessantes no apoio a uma recolha com as condições exatáveis e, em pormenor, aos professores da instituição de ensino da região centro, por terem demonstrado um interesse particular na investigação e por perceberem a importância deste projeto de uma forma entusiástica.

Aos meus irmãos e à minha irmã, nunca me esqueço de vocês. Obrigada por tudo e pelos vossos sorrisos constantes sempre que estamos juntos. Obrigada por me fazerem sempre sorrir um pouco mais. Admiro-vos pela vossa garra.

Às melhores pessoas que conheci ao longo deste período na Covilhã, Liliana, Sónia, Maria João, Daniela, Lucília, Judite e Juliana. Obrigada por nunca me deixarem sentir sozinha neste caminho compartilhado por todas. Que mesmo agora, estando separadas, continuemos sempre juntas e que a vida vos sorria, tal como sempre vos vi a sorrir para ela, mesmo nos momentos mais difíceis. Não poderia desejar melhores amigas, é impossível.

À Daniela e à Ana, ainda bem que nos cruzámos na nossa escolha em Psicologia. Estão no sexto parágrafo, eu sei, mas isso não vos retira a enorme importância que tiveram, ao longo do último ano na minha vida, e que têm, dia após dia. Pelo apoio incondicional, pela sintonia, pelas partilhas, por todos os abraços e por terem sempre acreditado que eu conseguia, obrigada

é pouco. Obrigada por serem dois dos melhores, maiores, honestos e humildes corações que eu tive o prazer de conhecer. O meu coração ama os vossos.

A todos os outros amigos e amigas que não referi anteriormente, mas que sabem que têm um lugar especial no meu coração.

A todos os meus familiares mais próximos, obrigada pelo vosso apoio nesta etapa.

Resumo

A fase da infância e da adolescência são dois dos períodos mais importantes da vida de um indivíduo devido à possibilidade de produzirem implicações e repercussões na vida futura. É comumente aceite que a adoção de comportamentos saudáveis desde cedo se encontra relacionada com a adoção do mesmo tipo de comportamentos numa fase adulta e com a diminuição do aparecimento de doenças crónicas ao longo da vida de cada sujeito. O conjunto de comportamentos que constituem a alimentação faz, assim, parte dos influenciadores da condição de saúde, sendo de extrema importância a sua aceitação enquanto fator relevante para o bem-estar dos indivíduos e vice-versa.

Esta investigação possui como objetivos fundamentais a descrição, a análise e a caracterização de níveis de diferentes comportamentos e estilos alimentares, tal como dos índices de percepção de competência alimentar em crianças e adolescentes. Pretende-se efetuar a correlação entre os dois constructos mencionados anteriormente e sua relação com certas variáveis demográficas. Assim, através da utilização do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar, na sua versão original “Dutch Eating Behavior Questionnaire - DEBQ” de Van Strien, Frijters, Bergers e Defares (1986), validado para a população portuguesa por Viana e Sinde (2003); da Escala de Percepção de Competência, versão portuguesa da “Perceived Competence Scale” (PCSp) de William Freedman e Ryan Deci, adaptada para a população portuguesa por Mestre e Pais Ribeiro (2008); e de um questionário sociodemográfico, onde foram recolhidas diversas variáveis, foi possível reunir distintas informações e dados, de forma a dar resposta aos objetivos do presente estudo.

Na análise dos dados, a amostra selecionada integra 410 alunos do 3.º ciclo, constituída por 143 alunos do 7.º ano e 133 e 134 alunos do 8.º e 9.º ano de escolaridade, respetivamente. Esta parte da amostra incluí participantes na faixa etária entre os 12 e os 17 anos, com $\bar{x}=13,55$, sendo que 202 participantes são rapazes, enquanto 208 são raparigas.

É relevante sublinhar que parte dos resultados finais se encontram em sintonia com pesquisas anteriores e com o que é referido na literatura da temática dos comportamentos alimentares e da percepção de competência alimentar. Como conclusões importantes deste estudo, os resultados suportam a presença de uma correlação significativa entre restrição alimentar e ingestão emocional e entre ingestão externa e ingestão emocional, diferenças entre géneros em relação aos tipos de comportamentos alimentares, mais especificamente, a nível dos estilos de restrição alimentar e de ingestão emocional, bem como de uma relação significativa entre os índices de IMC dos participantes do 3.º ciclo e a presença de restrição alimentar. No que diz respeito à percepção de competência dos adolescentes, verificam-se que existem diferenças na sua percepção consoante as categorias de IMC em que se encontram

inseridos. Por último, a percepção de competência encontra-se associada com a ingestão externa e com a ingestão emocional.

Palavras-chave:

Comportamento alimentar, Percepção de competência, Regulação, Teoria da Autodeterminação, Infância e Adolescência.

Abstract:

The stages of childhood and adolescence are two of the most important periods in an individual's life, because of the possibility to produce implications and repercussions in future life. It is commonly accepted that the adoption of healthy behaviors in early life is related to the same type behavior adoption in adulthood and in reducing chronic diseases appearance throughout the life of each person. The set of behaviors that constitute eating is part of the health condition influencers, being extremely important to its acceptance as an important factor for the well-being of individuals and vice versa.

This research has as fundamental objectives, the description, analysis and characterization of different behaviors and eating styles levels, such as the eating competence perception levels in children and adolescents. It is intended to study the correlation between the two constructs mentioned above and with others demographic variables. Thus, by using the Dutch Eating Behavior Questionnaire, in the original version "Dutch Eating Behavior Questionnaire - DEBQ" by Van Strien, Frijters, Bergers and Defares (1986), validated for the Portuguese population by Viana and Sinde (2003), the Portuguese version of "Perceived Competence Scale" (PCSp) by William Freedman and Ryan Deci, adapted for the Portuguese population by Mestre and Pais Ribeiro (2008) and a sociodemographic questionnaire, where several variables were collected, it was obtained different information and data in order to meet the objectives of this study.

In the data analysis, the sample is restricted to 410 3rd cycle students, consisting by 143 7th grade students and 133 and 134 8th and 9th grade students, respectively. This part of the sample included participants aged between 12 and 17 years, with $\bar{x} = 13.55$, in which 202 participants are boys, while 208 are girls.

It is important to emphasize that part of the final results are in line with previous research and what is said on the eating behaviors and eating perceived competence's literature. As important conclusions of this study, the results support the presence of a significant correlation between dietary restriction and emotional intake and between external intake and emotional intake, differences between genders in the eating behaviors types, more specifically, in the level of restriction dietary and emotional eating styles, as well as a significant relationship between BMI index and dietary restriction in the 3rd cycle participants. As regards to teenagers eating competence perception, the study suggests that there are differences in their perception depending on the BMI categories in which they are inserted. Finally, the perception of competence is associated with the external and emotional eating.

Keywords:

Eating behavior, Perceived Competence, Regulation, Self-determination Theory, Childhood and Adolescence.

Índice

Introdução	1
Parte I - Fundamentação Teórica	5
Capítulo I. Comportamentos de saúde e prevenção de doença	6
Capítulo II. Promoção de um estilo de comportamento alimentar saudável	10
Capítulo III. O comportamento alimentar	14
3.1. O comportamento alimentar na Infância e Adolescência	16
3.2. Modelos de regulação do comportamento alimentar	20
3.2.1. Comportamentos alimentares de restrição	20
3.2.2. Comportamentos alimentares de ingestão externa	24
3.2.3. Comportamentos alimentares de ingestão emocional	26
Capítulo IV. Regulação do comportamento humano e percepção de competência alimentar	29
4.1. Teoria da Autodeterminação e comportamento alimentar	29
4.2. A percepção de competência e comportamento alimentar	33
Parte II - Investigação Empírica	38
Capítulo I. Apresentação da investigação	39
1.1. A Investigação	39
1.1.1. O problema de investigação	39
1.1.2. Objetivos gerais e específicos da investigação	41
1.1.3. Hipóteses do estudo	42
1.1.4. Identificação de variáveis	44
1.1.5. Tipologia do estudo	44
1.2. Metodologia	45
1.2.1. Participantes	46
1.2.2. Instrumentos	48
1.2.3. Procedimentos	49
1.2.4. Análise de dados	50
Capítulo II. Análise estatística dos dados	53
2.1. Análise fatorial exploratória	53
2.1.1. Análise fatorial exploratória do DEBQ	53
2.1.1. a) Homogeneidade das escaladas do DEBQ	56
2.1.1. b) Fiabilidade das escalas do DEBQ	56
2.1.1. c) Normalidade das escalas do DEBQ	57
2.1.2. Análise fatorial exploratória da PCSp	57
2.1.2. a) Fiabilidade da PCSp	58
2.1.2. b) Normalidade da PCSp	59

2.2. Análise descritiva	59
2.2.1. Resultados gerais do DEBQ e da PCSp	61
2.3. Análise inferencial	62
Capítulo III. Discussão dos resultados	76
Conclusões	80
Referências Bibliográficas	84
Anexos	95

Lista de Figuras

Figura 1 - Gráfico da distribuição de participantes conforme os anos e ciclos de escolaridade (N=689)

47

Lista de tabelas

Tabela 1. Distribuição de participantes relativamente à sua idade (N=689).	47
Tabela 2. Distribuição e percentagem dos alunos do 3º ciclo consoante a sua idade (N=410).	48
Tabela 3. Índices de saturação dos itens do DEBQ.	Anexo A
Tabela 4. Índices de saturação dos itens do DEBQ, equivalentes ao fator I, que corresponde à Escala de Ingestão Emocional.	54
Tabela 5. Índices de saturação dos itens do DEBQ, equivalente ao fator II, que corresponde à Escala de Restrição Alimentar.	55
Tabela 6. Índices de saturação dos itens do DEBQ, equivalente ao fator III, que corresponde à Escala de ingestão Externa.	55
Tabela 7. Índices de KMO e de Bartlett para as três escalas do DEBQ.	56
Tabela 8. Índices de saturação da Escala de Ingestão Emocional do DEBQ.	Anexo B
Tabela 9. Índices de saturação da Escala de Restrição Alimentar do DEBQ.	Anexo B
Tabela 10. Índices de saturação da Escala de Ingestão Externa do DEBQ.	Anexo B
Tabela 11. Valores do alfa de Cronbach nas escalas do DEBQ.	57
Tabela 12. Resultados dos testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para as três escalas do DEBQ.	57
Tabela 13. Índices de saturação dos itens da PCSp.	58
Tabela 14. Valores do alfa de Cronbach da PCSp.	58
Tabela 15. Resultado do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para a PCSp.	59
Tabela 16. Frequências e percentagens relativas ao número de refeições realizadas pelos participantes (N 340).	60
Tabela 17. Distribuição da constituição das refeições de almoço e jantar pelos participantes.	60
Tabela 18. Categorização dos participantes em relação ao seu IMC.	61
Tabela 19. Estatística descritiva das escalas do DEBQ (N=410).	61
Tabela 20. Estatística descritiva da PCSp (N=410).	62
Tabela 21. Resultados do coeficiente de correlação de Pearson para a associação entre as três escalas do DEBQ.	63
Tabela 22. Análise descritiva da média e desvio padrão em cada escala do DEBQ em função do género dos participantes.	64

Tabela 23. Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias das escalas alimentares do DEBQ entre diferentes gêneros (N=410).	65
Tabela 24. Análise descritiva da média e desvio padrão em cada escala do DEBQ em função do gênero dos participantes.	66
Tabela 25. Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias das escalas alimentares do DEBQ entre os participantes do sétimo ano e do nono ano (N=277).	67
Tabela 26. Resultados do coeficiente de correlação de Pearson para a associação entre as três escalas do DEBQ e os valores de IMC (N=410).	68
Tabela 27. Análise descritiva da média e desvio padrão na PCS em função do gênero dos participantes.	69
Tabela 28. Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias da Escala de Percepção de Competência em relação às diferenças de gênero (N=410).	69
Tabela 29. Análise descritiva da média e desvio padrão na PCS em função da idade dos participantes.	70
Tabela 30. Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias da Escala de Percepção de Competência em relação às diferenças de idade (N=410).	70
Tabela 31. Análise descritiva da média e desvio padrão na PCS em função do ano de escolaridade dos participantes.	71
Tabela 32. Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias da Escala de Percepção de Competência em relação às diferenças do ano de escolaridade (N=277).	71
Tabela 33. Valores da média e desvio padrão na PCS em função do IMC dos participantes (N=410).	72
Tabela 34. Resultados obtidos na ANOVA para comparação de médias da percepção de competência alimentar, segundo o tipo de IMC (N=410).	72
Tabela 35. Resultados das comparações múltiplas do teste Tukey post-hoc, na percepção de competência da amostra total, em função das categorias do IMC dos participantes.	73
Tabela 36. Tabela de subconjuntos homogêneos resultantes do teste Tukey post-hoc.	73
Tabela 37. Resultados do coeficiente de correlação de Pearson para a associação entre as três escalas do DEBQ e a Percepção de Competência (N=410).	74

Lista de Acrónimos

BMPN	Balanced Measure of Psychological Needs
CDC	Centro de Controlo e Prevenção de Doenças
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DEBQ	Dutch Eating Behavior Questionnaire
IMC	Índice de Massa Corporal
KMO	Índice de Kaiser-Meyer-Olkin
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCSp	Perceived Competence Scale
WHO	World Health Organization

Introdução

A Psicologia da Saúde assenta na conceção da existência de uma relação intrínseca entre os estados psicológicos e a saúde considerada física, que, apesar da influência e das mudanças de vários mecanismos determinantes ao longo do tempo e espaço, é a principal explicação do fenómeno de um estado de saúde ou de carência de saúde através da hipotética suposição de que os pensamentos e os sentimentos dos indivíduos se relacionam diretamente com os diferentes estados de saúde (Friedman, 2011). A assunção de que as doenças crónicas detêm na sua origem explicações biológicas e fisiológicas não é oposta à relação entre psicologia e estas doenças, bem pelo contrário. As causas biológicas poderão estar relacionadas com o comportamento particular de cada indivíduo e o estilo de vida que estes mantêm, sendo que estes últimos fenómenos funcionam como influentes para o desenvolvimento de doenças. Assim, a psicologia, interliga-se diretamente com a saúde, na medida em que é responsável pelo estudo do comportamento humano, a variável principal no estado de saúde (Brannon, Feist & Updegraff, 2013).

A existência de vários modelos explicativos da psicologia da saúde demonstra a complexidade do tema. O modelo holístico da saúde que contempla os fatores fisiológicos, psicológicos, emocionais e sociais, o modelo social e ecológico, com a introdução dos comportamentos e da fisiologia individual (e.g. dieta e exercício), da família e tradições culturais, das condições do ambiente, dos sistemas de saúde, das políticas de saúde e do bem-estar espiritual, resultam no leque indeterminável de fatores que se relacionam com o tipo de comportamentos observados (Ragin, 2015). A presente dissertação incide nos comportamentos alimentares, na percepção de competência e na investigação do tipo de relação que possa existir entre ambos, aliando a perspetiva da psicologia, enquanto ciência, a um dos mais conhecidos comportamentos na área atual da saúde física e mental. O campo em estudo está, de facto, em expansão, e é impossível incluir e ter em atenção todos os determinantes envolvidos. Trata-se, portanto, de uma investigação aberta que não tem como objetivo encontrar correlações lineares e diretas.

Mundialmente, no final do século XX, a procura por uma melhor qualidade de vida, interligada com a área da saúde, obteve um lugar marcante nos movimentos de alteração das crenças conjuntas, passando a ser um fenómeno ampliado através dos diversos meios de informação. Apesar deste grande fenómeno e da relevância dada a esta temática, ainda se verifica a existência de um longo caminho a percorrer na aquisição de hábitos saudáveis numa grande parte dos indivíduos, mesmo sendo percecionado que a qualidade de vida se encontra

relacionada de forma proporcional com o tipo de estilo de vida adquirido e a grande influência dos dois constructos apresentados para uma vida saudável (Celich & Spadari, 2008).

A forma como olhamos e como tratamos a nossa saúde ao longo dos anos, reflete-se na forma de envelhecer no futuro. Celich e Spadari (2008) consideram que os hábitos alimentares, a existência ou a inexistência de práticas de atividade física e as disposições a que alguns indivíduos estão sujeitos, com base nas suas particularidades idiossincráticas, como a maior probabilidade de excesso de peso ou alguns comportamentos de risco (e.g. o consumo de bebidas alcoólicas e a ocorrência de tabagismo), aumentam as hipóteses de patologias e a origem de perturbações na saúde constituindo alguns dos principais determinantes do próprio processo de envelhecimento. Heidenreich (2014), sublinha a necessidade da alteração de algumas ideias relacionadas com a forma como os valores mais exatos, como o índice de massa gorda elevado, a hipertensão, a hiperglicemia e a hiperlipemia, se relacionam com as escolhas de vida menos saudáveis, sendo um exemplo destas ideias a hipótese reducionista que são estas escolhas a única razão da existência deste tipo de níveis. A inclusão de fatores genéticos, socioeconómicos e de outros obstáculos a nível individual poderá resultar numa melhor consideração do conceito de estilo de vida saudável.

Na sequência do referido, o comportamento alimentar, fortemente relacionado com a qualidade de vida e com a saúde, constitui um dos principais temas da atualidade, devido ao seu grande impacto na forma de vida da sociedade. A Organização de Saúde Mundial, por exemplo, criou uma estratégia mundial de forma a combater todos os riscos de mortalidade e morbidade relacionados com as práticas perigosas na área da alimentação e da prática de exercício físico, promovendo a consciencialização e a importância dos programas preventivos (OMS, 2004). Alvarenga, Antonaccio, Timerman e Figueiredo (2016) chamam a atenção para o conceito de alimentação, como um constructo que possui um significado muito além do seu fator nutricional, perspectiva esta que se encontra em destaque, como princípio elementar, na conceção do presente estudo.

A investigação na área dos comportamentos alimentares e da sua relação com as patologias alimentares, como é o exemplo da obesidade e de outras perturbações, tem vindo a ganhar cada vez mais importância devido ao aumento deste tipo de patologias e das suas consequências para a saúde, sendo o comportamento alimentar a principal variável de estudo para uma melhor apreensão da ligação entre este e as perturbações relacionadas com a alimentação. Seguindo este raciocínio, torna-se importante sublinhar que o comportamento alimentar se encontra relacionado, para além da ação de ingestão, com os fatores psicossociais que condicionam a seleção de alimentos e com a tomada de decisão de consumo.

Consequentemente, é através da categorização do comportamento alimentar baseada nas diferenças individuais que se determina o excesso ou o déficit de peso e é possível definir o estilo alimentar (Viana & Sinde, 2003).

As perturbações alimentares são caracterizadas por comportamentos que resultam em hábitos alimentares irregulares, hábitos esses que podem ser de excessivo ou de insuficiente consumo alimentar, em comparação com as necessidades de saúde físicas e mentais (Taylor, 2016). Verifica-se que, ao se ter em conta a dieta alimentar como variável nos comportamentos de saúde, os fatores comportamentais possuem uma influência extremamente importante nas consequências a nível da saúde, o que vem realçar a relevância do tipo de comportamentos, que os indivíduos adotam, em relação à sua saúde (Suls, Davidson & Kaplan, 2011).

Nos Estados Unidos, cerca de 6% dos adolescentes e mulheres adultas fazem parte dos sujeitos com diagnóstico de perturbações do comportamento alimentar, o que constitui uma das perturbações psiquiátricas com maior prevalência (Christensen, Martin & Smyth, 2014). Em Portugal, apesar de não serem em tão grande quantidade, existem vários estudos que demonstram uma prevalência, digna de interesse, de perturbações alimentares, e.g. obesidade, anorexia nervosa, bulimia nervosa, entre outras, nas faixas etárias mais jovens da população (Pocinho, 1999; Machado, Gonçalves & Machado, 2003; Machado, Soares, Sampaio, Torres, Gouveia & Oliveira, 2004; Padez, Fernandes, Mourão, Moreira & Rosado, 2004).

A compreensão dos fatores de risco e dos comportamentos subjacentes ao estado de saúde, quer seja negativa ou positiva, permite uma melhor percepção generalizada das suas consequências a longo e médio prazo no estado individual de cada sujeito. Assim, torna-se possível atuar nos diferentes níveis do estado das diversas problemáticas de saúde, quer seja prévio ao seu aparecimento, durante ou na fase de seguimento, proporcionando uma intervenção muito mais abrangente.

Na compreensão deste fenómeno importa também considerar o próprio processo de desenvolvimento humano, em particular as fases da infância e o período de adolescência, pelas mudanças que impõem. A compreensão de como os hábitos alimentares se desenvolvem a partir de tão tenras idades, por exemplo, revela uma grande importância para a alteração dos hábitos de risco para a saúde e para a adoção de comportamentos alimentares saudáveis

A presente investigação encontra-se repartida em duas grandes partes, ambas constituídas por distintos capítulos. A primeira parte diz respeito ao estado da arte da temática em questão, onde se desenvolve a fundamentação teórica resultante da literatura consultada sobre o comportamento alimentar e sobre a conceção de percepção de competência alimentar. Sendo estes os capítulos principais desta parte, são antecedidos por dois capítulos relativos aos comportamentos e à área da saúde e pela referência à promoção de hábitos saudáveis a nível de alimentação.

Na segunda parte, é exposta a parte empírica do estudo. Assim, no primeiro capítulo é feita a caracterização global do presente estudo, onde são apresentados os objetivos, as hipóteses criadas, as variáveis envolvidas nas análises dos dados e a tipologia do estudo, tal como a metodologia e os procedimentos empregues durante toda a investigação. Seguidamente, no segundo capítulo sucede-se todo o processo de análise realizada através dos dados obtidos. No capítulo final é feita a discussão dos resultados em confronto com a literatura científica sobre o tema.

Parte I - Fundamentação Teórica

Capítulo I. Comportamentos de saúde e prevenção da doença

O atual contexto da saúde é distinto do contexto de saúde de há um século atrás, com as diferenças na vida moderna a terem um papel fundamental nas formas de comportamento da população e a psicologia da saúde a ser considerada o estudo científico das disciplinas da melhoria da saúde, da prevenção de doença, segurança e reabilitação (Brannon, Feist & Updegraff, 2013). A Psicologia da Saúde refere-se assim ao processo subjacente à relação entre o físico, a saúde e a doença psicológica (O'Donohue, Benuto & Tolle, 2013).

Na sua afirmação como ramo da Psicologia, ciências como a Filosofia, a Medicina (em particular a Medicina psicossomática), a Sociologia e a Antropologia médicas, e a própria Psicologia (mais concretamente a Psicologia clínica), serviram como pilares basilares da psicologia da saúde e do seu estabelecimento como disciplina científica comprovada que se inicia em meados e finais do século XIX evoluindo e consolidando-se no século XX, por volta de 1970 nos Estados Unidos e cerca de dez anos mais tarde na zona da Europa (Friedman, 2011).

Os comportamentos interligados diretamente à saúde dividem-se em dois tipos, sendo possível afirmar que representam dois lados contrários e diferentes na área. Os primeiros são os que se relacionam com o aumento do risco, ou seja, com a diminuição do estado de saúde. Fazem parte destes comportamentos de risco, por exemplo, o consumo de elevadas quantidades de alimentos ricos em gorduras saturadas, o tabagismo, a toxicod dependência, o alcoolismo e os comportamentos sexuais de risco. Estes comportamentos possuem como característica comum serem condutas mantidas pelos indivíduos, com uma regularidade ou intensidade que resulta no aumento do risco de ocorrências, quer seja de doenças ou lesões, sublinhando o facto da quantificação destes comportamentos dever ser um fator importante para a sua divisão neste padrão de comportamentos (French, Vedhara, Kaptein & Weinman, 2000). De acordo com Christensen, Martin e Smyth (2014) nas crianças e adolescentes, os riscos de lesões na saúde parecem estar associados a diversos determinantes que influenciam a escolha da procura e do evitamento de situações, como os traços de personalidade e a comparação entre os recursos que possuem e um fenómeno (e. g. as suas características físicas e os requisitos de uma situação).

Apesar do nome do conceito, psicologia da saúde, é compreendido que o maior foco desta área é, pelo contrário, o fenómeno de doença (Baum, Revenson & Singer, 2012), mas não deixando de estar inerentemente ligada com os comportamentos que promovam um melhor estado de saúde (French, Vedhara, Kaptein & Weinman, 2010). Os significados de doença e de saúde avançaram ao longo do tempo até às suas conceções maioritariamente aceites partindo

do modelo médico, onde a doença era explicativa de alterações meramente fisiológicas, até aos modelos biopsicossociais, constituídos por variáveis com características abrangentes aos diversos fatores, contextos e influências, ultrapassando simplesmente as alterações físicas e aliando os padrões psicológicos, e.g. o estilo de vida, os traços de personalidade e os diversos comportamentos, a esta visão (Rohleder, 2012).

De acordo com o que foi mencionado anteriormente, a noção de saúde passou a ser considerada holística na medida em que o estado de saúde é constituído pelo bem-estar físico, mental, social e espiritual, entre outros. O bem-estar é, assim, um estado de saúde dinâmico onde é maximizado um nível positivo em todas as áreas que constituem a vida de um indivíduo (e.g. saúde física, emocional, económica, espiritual, ocupacional e ambiental). O bem-estar relaciona-se com a responsabilidade e o cuidado que cada indivíduo mantém no que diz respeito à sua saúde, fortalecendo um estilo de vida de prevenção face à doença e de promoção do seu potencial singular. Assim, torna-se possível afirmar que o bem-estar global de cada pessoa constitui a sua qualidade de vida (Brehm, 2014).

O extenso contexto referente ao conceito de Saúde e à sua relação com a área da Psicologia sofreu variadas mudanças evolutivas ao longo dos anos, mudanças essas intrinsecamente ligadas às perspetivas sobre os modelos explicativos de doença e de saúde. A perspetiva de Saúde transitou de uma visão mais tradicional, assente na prevenção, para um modelo de promoção, de acordo com as mudanças na sociedade em geral (Souza, Colomé, Costa & Oliveira, 2005). Nahas, Barros e Francalacci (2000) apresentam as características e os elementos do “Pentáculo do Bem-estar”, um modelo fundamentado numa visão holística da saúde, do estilo e da qualidade de vida. Este modelo é constituído pelas características nutricionais, o controlo de stress, os níveis de atividade física, os comportamentos de prevenção e a qualidade dos relacionamentos.

A literatura na área refere ainda os comportamentos de vida saudáveis como fonte de variados benefícios para a saúde. Portanto, para além dos diversos benefícios a nível físico, como é exemplo a diminuição do risco de diversas doenças, possui distintos benefícios a diferentes níveis do indivíduo, da sua vida e do contexto em que se insere, trazendo incontáveis pequenas “recompensas” para si próprio (Brannon, Feist & Updegraff, 2013). O próprio bem-estar psicológico encontra-se nestes benefícios, sendo que as pesquisas revelam que jovens que não fumam, não consomem álcool e que demonstram vontade em perder peso possuem um melhor funcionamento e bem-estar psicológico (Silva et al., 2007).

Na faixa etária adulta, o aparecimento de doenças crónicas interligadas com o excesso de peso é um fenómeno que se tem verificado como recorrente. Como foi referido, a nível crónico enumeram-se doenças como a diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e doenças cancerígenas. Por outro lado, o aumento de doenças não fatais, como é o caso da artrite e da perda de visão devido à retinopatia diabética surgem, igualmente, associadas ao peso. A prevalência de obesidade deixa, assim, de poder ser interligada apenas aos países ricos,

tendo-se verificado uma menor discrepância entre países com níveis económicos e condições sociais distintos. Outros fatores relevantes nos estudos relativos à saúde são o predomínio do consumo de tabaco, variável influente no surgimento de várias doenças crónicas, e o consumo de álcool, responsável por doenças como dependência, cirrose hepática e doenças cancerígenas, entre outras (OMS, 2004).

Loef e Walach (2012) analisaram vários estudos científicos com o intuito de comparar a adoção de uma variedade de comportamentos relacionados com um estilo de vida saudável e o risco de mortalidade, verificando a ocorrência de uma relação inversa entre estes. O principal resultado desta pesquisa extensa reverteu para uma conclusão que se refere a uma diferenciação na taxa de mortalidade, diferença esta no valor dos 66%, entre os sujeitos que mantêm um estilo de vida prejudicial (e.g. consumo de tabaco, consumo ou excesso de álcool, défice de exercício físico, dieta não saudável ou existência de obesidade) comparativamente com indivíduos que apresentam um número igual ou superior a quatro comportamentos saudáveis. Os comportamentos de saúde sofrem a influência de variados fatores, resultando em explicações ainda mais multifacetadas. Assim, podemos encontrar referências aos valores socioculturais e nacionais, a questões legislativas em vigor, à macroeconomia, aos serviços e sistemas de provisão alimentar locais, ao serviço de saúde disponível, às variáveis sociodemográficas, ao estado individual de saúde dos sujeitos no momento, aos fatores sociais e familiares, às características psicológicas singulares e outros fatores biológicos, entre outros (French, Vedhara, Kaptein & Weinman 2010).

Em relação à forma como os indivíduos percebem o estilo de vida, Matos e Sousa-Albuquerque (2006) deram especial atenção à variável de género e à sua relação com a existência de comportamentos saudáveis, tendo verificado que as mulheres possuem maiores e melhores estilos de vida, em comparação com os homens, que, ao contrário, não apresentaram melhor estilo de vida mas apresentam melhor estado de saúde e uma melhor percepção do conceito de saúde no geral. Um estudo que incluiu as faixas etárias mais jovens, nesta temática, permitiu observar quais as relações que se podem encontrar entre os comportamentos e o aparecimento de problemas de saúde nesta idade e o surgimento ou desenvolvimento de doenças posteriormente. Assim, no que diz respeito à faixa populacional das crianças, o próprio crescimento é o conceito mais relevante no que concerne ao estado nutricional e, conseqüentemente, ao estado de saúde das crianças. A baixa altura para a idade e o baixo peso em comparação com a altura possuem um grande impacto no estado de saúde, tanto a nível da malnutrição crónica como de outros efeitos colaterais desta situação. Por outro lado, o excesso de peso possui também um papel extremamente pertinente no desenvolvimento de doenças crónicas e temporárias. Apesar de não ser possível a obtenção dos valores exatos globalmente, denota-se a existência de valores elevados nos extremos de peso em vários países (OMS, 2004).

No que concerne ao estudo dos valores referenciais de peso, altura, índice de massa gorda, percentagem de gordura corporal e da circunferência de cintura em crianças e adolescentes portugueses, Chaves, Baxter-Jones, Souza, Santos e Maia (2015) procederam ao

estudo comparativo de 3094 crianças e adolescentes entre os 7 e os 17 anos de uma região rural de Portugal com outros valores internacionais. A percentagem de massa gorda revelou-se maior nas crianças e adolescentes portugueses em comparação com os valores internacionais, exceto no sexo masculino entre os oito e doze anos, enquanto a média das medidas circunferenciais de cintura dos rapazes se aproximaram de outros países como os Estados Unidos da América. Relativamente ao sexo feminino, os valores mantinham-se igualmente idênticos aos de referência até aos doze anos, sendo que, posteriormente, verificou-se que as diferenças aumentavam com a idade. Em resumo, os resultados demonstraram que a amostra portuguesa apresentava índices muito semelhantes aos dos Centros de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC) e da Organização Mundial de Saúde (WHO) nas diversas curvas percentis, mas níveis mais elevados para peso e índice de massa corporal.

Num estudo com crianças e adolescentes portugueses entre os oito e onze anos, Amaral e Melão (2016) verificaram que cerca de 19,4% eram obesas, 18,1% tinham excesso de peso e 62,6% possuíam valores normais de peso, sendo que se denotou que os valores de obesidade seriam maiores na amostra feminina. No que diz respeito a hábitos de vida saudáveis, 59,7% dos sujeitos da amostra mantinham práticas quantificadas moderadas de exercício físico em diferentes modalidades num contexto extracurricular, 90,3% praticavam atividades físicas ao ar-livre, como são exemplo andar de bicicleta e as caminhadas, sendo que a média de horas despendida na prática de exercício semanalmente era de três horas e dez minutos. Face ao tempo empregue frente a um ecrã, apurou-se que as crianças passavam, semanalmente, em média cinco horas e trinta e seis minutos, acontecendo que ao fim de semana esse valor alterava-se para as quatro horas e trinta minutos, com percentagens de 56,9 e 66,7 a passarem entre trinta minutos e quatro horas em frente a um ecrã, durante a semana e ao fim de semana, respetivamente.

O exercício físico, um dos comportamentos mais mencionados nas pesquisas sobre comportamentos de vida saudável, interliga-se aos comportamentos associados a perturbações alimentares, ao bem-estar psicológico e a várias variáveis individuais e psicológicas essenciais à compreensão e à previsão dos comportamentos das perturbações alimentares, não existindo uma relação linear entre estes fatores, como um estudo de Gomes, Gonçalves e Costa (2015) com adolescentes portugueses veio confirmar. Foi verificado, igualmente, que o exercício regular se correlaciona diretamente com uma menor propensão a situações de dieta, um funcionamento psicológico mais positivo e ocorre maioritariamente no sexo masculino. Nos adolescentes com práticas físicas ocasionais, o que foi averiguado foi uma maior preocupação com o corpo, maior ansiedade física social, menor autoestima e menor motivação (Gomes, Gonçalves & Costa, 2015).

Capítulo II. Promoção de um estilo de comportamento alimentar saudável

Como foi anteriormente mencionado, o estudo do comportamento alimentar possui uma grande importância a nível da conceptualização de intervenções e na área da prevenção e promoção de hábitos alimentares saudáveis mas também ao nível da mudança de hábitos já existentes, sendo para isso importante uma melhor apreensão e compreensão dos determinantes que condicionam a adoção e a manutenção do comportamento alimentar e dos fatores que definem o estilo alimentar, tanto numa perspectiva mais individual, como no geral.

Promoção e educação são conceitos diferentes na área da saúde, sendo que a segunda é uma das muitas estratégias interventivas que poderá ser utilizada na promoção de um estilo de vida saudável (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004). Nos dias de hoje, tem-se verificado um aumento de atenção direcionada às estratégias preventivas, mais especificamente, às medidas educativas promotoras de hábitos e de um estilo de vida saudável, não só abrangendo as próprias crianças, mas também os pais e os profissionais de saúde (Amaral & Melão, 2016).

Viana (2002) refere que para um melhor sucesso das estratégias e dos objetivos pretendidos com os programas educativos na área da saúde e na ótica de melhoramento dos comportamentos e dos hábitos dos indivíduos é imprescindível um maior foco na assimilação do próprio processo de ingestão enquanto fenómeno produto da interligação entre fatores psicológicos e socioculturais e na compreensão dos tipos de crenças, atitudes e outros determinantes psicossociais influentes nas escolhas e estilo alimentar.

Tones (1997) chama a atenção para o impacto dos fatores psicossociais e relativos aos contextos em que os indivíduos estão inseridos nas competências para a decisão de adoção de comportamentos mais saudáveis e na extinção de comportamentos de risco para a saúde, dando especial destaque ao conceito de *empowerment*. Este conceito de *empowerment* é utilizado através da visão de que a motivação é o primeiro passo na aquisição de comportamentos mais saudáveis seguido pela necessidade de competência, de forma a resistir aos fatores que levam aos comportamentos de risco, sendo que as competências de autorregulação e a enumeração de reforços compensadores são essenciais nestas situações. Os programas educativos devem ter esta hipótese em conta e utilizar, além de um plano informativo, esta visão do *empowerment* de modo a acionar uma tomada de decisão consciente após a aquisição de competências. Para Souza, Colomé, Costa e Oliveira (2005) a autonomia e o incentivo ao papel de cada um como responsável pelas suas escolhas são outros elementos na promoção de saúde.

Seguindo a lógica apresentada anteriormente, os fatores que influenciam diretamente os estilos de vida dos jovens e a integração deste conhecimento nos contextos educativos é um dos determinantes basilares para uma intervenção preventiva adequada. A escola possui, assim,

uma função relevante como promotora de saúde, indo além das funções básicas de ensino teórico e socialização. É neste contexto que os jovens despendem uma importante fração do seu tempo, tendo uma grande preponderância na forma como estes se comportam, possibilitando a facilitação da adoção de um estilo de vida saudável, através da criação de programas de promoção de escolhas relacionadas com um estilo de vida saudável, associando-as igualmente com o mundo social do público-alvo (Matos & Sousa-Albuquerque, 2006).

É possível verificar, através do estudo de diversos programas de prevenção, uma maior preocupação em se utilizarem estratégias e perspectivas que englobam uma maior variedade de determinantes. Por exemplo, no programa “Healthy People 2020”, situado nos Estados Unidos da América, segue-se um modelo de ação que combina os determinantes de saúde com as diversas intervenções, práticas, programas e informações e as principais consequências dos comportamentos, como a própria saúde, os benefícios comportamentais, a qualidade de vida e o bem-estar geral e os riscos a nível da saúde, a probabilidade de doenças, entre outras condições. De acordo com o modelo devem ser integrados os diferentes fatores (e.g. económicos, sociais, culturais e ambientais), os diversos contextos (e.g. social, familiar e a própria comunidade) e as características individuais, como a idade, género, raça e ou outros caracteres biológicos (Fielding & Kumanyika, 2009). Em Portugal sublinha-se o programa “+Saúde: Hábitos e estilos de vida saudáveis”, um programa desenvolvido entre várias instituições de diversos setores no concelho de Torres Vedras, primariamente no contexto escolar e que resultou num estudo que demonstrou os hábitos pouco saudáveis, como o consumo reduzido de vegetais pelos jovens, o excesso de peso, a diminuta prática de atividade física e a existência de outros comportamentos de risco e que veio demonstrar a necessidade deste tipo de programas e da sua importância (Silva, 2013).

O’dea (2003) refere que os próprios jovens aceitam a importância de estratégias, como o suporte parental, o planeamento relativo a uma melhor alimentação através de subterfúgios como levar alimentos mais saudáveis, diminuir o dinheiro disponível para comprar alimentos menos saudáveis na escola, diminuir alimentos deste género em diversos contextos que os rodeiam e aumentar a comida saudável como forma de incentivar o próprio interesse nestes, a utilização de estratégias cognitivas baseadas na auto motivação e a existência de estratégias educacionais, o que está de acordo com a necessidade de existir uma mudança de hábitos a nível global e que vem realçar a relevância das estratégias cognitivas interrelacionadas com o aspeto motivacional, variável na regulação do comportamento alimentar.

Uma das partes mais importantes das atividades educativas e que deve ser realçada ao longo de toda a linha temporal incluída nas intervenções dos comportamentos saudáveis centra-se na transferência de informações sobre este tipo de comportamentos, o aumento e uma melhor informação sobre os factos nutricionais e os benefícios de escolhas saudáveis conjuntamente com os aspetos negativos de uma alimentação desregulada. Kilander (2001) sustenta esta afirmação através de um esquema base de alteração e conservação de comportamentos saudáveis através da informação que deve ser fornecida conjuntamente com

o programa educativo. Assim, estas informações possuem como principal função, a sua contribuição para a preservação ou para o desenvolvimento de novas condutas, sendo o elemento racional o utilizado para motivar a ação desejada presente nos objetivos das atividades educativas, apesar de se verificar, em algumas situações, que a própria inclusão de informações não seja suficientemente relevante para uma motivação completa para as mudanças estabelecidas. O ponto fulcral determina-se na perspectiva de que sem motivação é impossível existir ação e que para existir uma motivação terá de subsistir uma base constituída pelas experiências prévias, em que seja abrangido todo o tipo de conhecimento adquirido em relação a uma determinada temática.

Em relação à função e importância da necessidade e da percepção de competência, esta é um dos vários aspetos que se deve ter em atenção nos projetos preventivos e promocionais de um estilo de vida mais saudável. Mestre e Ribeiro (2000), desenvolveram um projeto relativo ao tratamento da obesidade, em que o objetivo fundamental era o de promover uma melhor percepção em relação à função da competência na percepção de saúde de cada um dos participantes, ao longo de todo o processo e numa perspectiva motivacional. Os autores verificaram que, ao longo do procedimento de tratamento, os níveis de competência aumentaram e relacionaram-se positivamente com o estado de saúde física e mental de cada sujeito, sendo que a confiança para a ação também aumentou em relação ao estado de saúde. Estes resultados vêm realçar a importância dos níveis de confiança e competência no estado de saúde e vice-versa, parecendo existir uma relação mútua de influência entre os dois. De sublinhar ainda que os próprios autores defendem a importância da existência de uma motivação intrínseca para a obtenção destes resultados, isto é, a presença de uma situação em que os participantes não se encontrem dependentes de fatores externos como razão para a sua mudança de comportamentos, mas sim, de um desejo interno de melhoria de saúde e de alteração dos seus hábitos.

Em suma, os programas educativos, tanto a nível escolar como noutros contextos da vida dos indivíduos, mantém um papel importante na prevenção de problemas de saúde e de comportamentos de risco. O acompanhamento a nível clínico, por profissionais de saúde é, igualmente, importante na fase preventiva da doença física ou mental, de forma a detetar numa fase precoce um problema de risco. McIntyre, Soares e Silva (1997) defendem esta proposição através de um maior e melhor acompanhamento do desenvolvimento físico e psicológico, sugerindo a realização exames médicos aliados a exames psicológicos que deveriam ser realizados em momentos específicos e cruciais do desenvolvimento humano, como na infância, na adolescência e na fase de jovem adulto.

Outro contexto que desempenha um papel importante na prevenção de doenças são os cuidados de saúde primários (CSP), que possuem um papel relevante na manutenção e na promoção de saúde, especialmente, a nível da faixa etária das crianças, visto a sua importância a nível do futuro da humanidade, do desenvolvimento ótimo e do aumento da esperança de vida. Assim sendo, a prestação de cuidados de saúde alia-se às influências a nível genético e

ambiental como determinante de saúde. Esta inclusão dos CSP como elemento basilar é elucidada pelos indícios de que os hábitos de saúde devem ser estabelecidos desde os primeiros anos de vida e a frequência de consultas de vigilância na infância e adolescência é fundamental para a promoção e prevenção destes hábitos e no estabelecimento de estratégias de prevenção e de precoce detecção de uma determinada problemática (Amaral & Melão, 2016).

Capítulo III. O Comportamento Alimentar

“Como se come (as crenças, pensamentos e sentimentos sobre comida) é tão ou mais importante do que simplesmente o que se come. Portanto, uma orientação nutricional fundamentada em estratégias de aconselhamento nutricional, entrevista motivacional, técnicas de terapia cognitivo-comportamental, técnicas do comer intuitivo, comer com atenção plena e competências alimentares possibilitam a mudança real e consistente do comportamento alimentar” (Alvarenga, Antonaccio, Timerman & Figueiredo, 2016, s/pág.).

Viana (2002) caracteriza o “estilo alimentar” como os diversos padrões de condutas alimentares, ou seja, as tendências e/ou os conjuntos constituídos por estas e que podem, por exemplo, dizer respeito a classificações como comportamentos de restrição ou de desinibição face a determinados alimentos, sendo que o estilo alimentar muda e é classificado consoante a existência de certos padrões. O estilo alimentar está assim interligado com o comportamento alimentar e ganha importância, na medida em que abrange as situações de dieta e o padrão de ingestão, este último conceito diferente de qualquer um dos conceitos abordados anteriormente como o comportamento e estilo alimentar, pois funciona como grande determinante do tipo de ingestão, tanto qualitativamente como quantitativamente, sendo este consequência de dois fatores importantes, os psicológicos e os sociais.

Seguindo o raciocínio, o comportamento alimentar e, conseqüentemente, o estilo alimentar é constituído, não só pelas escolhas alimentares, mas também por todos os determinantes que estão presentes nas práticas alimentares. A interligação que aproxima as dimensões cognitiva e emocional é impossível de ser quebrada, caso se queira uma compreensão o mais completa possível desta temática. Visto que se tem verificado uma atenção demasiado simplista no primeiro conceito, o cognitivo, e no componente mais racional da dieta alimentar, tem-se deixado de lado todo um conjunto de interações que definem as diferentes escolhas e a sua complexidade. A abordagem interdisciplinar com a recorrência a diferentes áreas e a diferentes teorias provenientes de disciplinas científicas distintas possibilita uma melhor caracterização dos diferentes estilos alimentares (Toral & Slater, 2007). As diferenças idiossincráticas entre o desenvolvimento, o peso, a existência de excesso de peso e até a obesidade são parcialmente mediadas pelos distintos comportamentos alimentares que compõem um determinado estilo alimentar, sendo por isso importante a distinção em estilo alimentar restritivo, externo e emocional (Snoek, Engels, van Strien & Otten, 2013).

Ao contrário do que é esperado, e apesar do exposto anteriormente sobre o elevado número de patologias alimentares, Polivy e Herman (1987), chamavam a atenção para o

aumento da preocupação com o físico magro através da crença conjunta sobre as dietas, o controlo e/ou perda de peso e para a modificação do pensamento dos indivíduos de que o que seria normativo era um estado de dieta, isto é, o “normal” passou a ser a existência de uma preocupação sobre o peso e a adoção de estratégias, de forma a controlar ou mudar estes valores. Associada a esta preocupação global surgem os comportamentos de atividade física periódica e as dietas frequentes articuladas com o comportamento alimentar dito “normal”, sendo visível identicamente uma nova percepção do significado dos padrões alimentares ideais em comparação com o físico equitativamente ideal. Esta idealização, por parte da sociedade ocidental, do padrão alimentar baseia-se apenas na assunção de que um indivíduo deverá simplesmente alimentar-se com o objetivo de um tamanho corporal aceitável, desviando-se da ideia de que um indivíduo deverá ingerir energia e nutrientes de uma forma proporcional à subsistência saudável e de um físico considerado normal.

Viana, Candeias, Rego e Silva (2009), defendem a provável influência da “cultura” e do “social” na alteração do biológico e do instintivo resultando na perda de equilíbrio na regulação das necessidades a nível nutricional. A obesidade, sendo uma das principais perturbações alimentares mais em foco atualmente, advém de um desequilíbrio entre o consumo e o gasto de energia, mas igualmente poderá ser originada no controlo de apetite, em que a restrição deste originará um défice na capacidade de regulação, uma menor sensibilidade aos sinais internos de fome e saciedade, um maior descontrolo e um aumento do consumo alimentar.

Face aos determinantes do comportamento alimentar, estes tipos de fatores destacam-se de tantos outros, na forma como contribuem para as escolhas alimentares e como explicam a diversidade de estilos e escolhas alimentares existentes. Assim, Toral e Slater (2007) esclarecem que os fatores nutricionais, demográficos, sociais, culturais, ambientais e psicológicos mantêm uma função reguladora nas práticas alimentares, quer sejam determinantes individuais ou tidos em conta por um público mais geral. No primeiro conjunto de fatores nutricionais, o peso e a imagem corporal que cada sujeito tem de si, como é exemplo do excesso de peso e da pouca satisfação com o corpo, poderão levar a que os indivíduos se sintam com uma maior motivação para restringirem as suas dietas alimentares. Calderon, Yu e Jambazian (2004) acrescentam aos determinantes do comportamento alimentar as características demográficas, mais especificamente a idade, a escolaridade, o sexo, a etnia e o estado civil. Outros fatores relevantes estão presentes nas diferenças entre os recursos financeiros, que permitem uma diferenciação a nível dos alimentos escolhidos, nos fatores culturais que determinam as práticas alimentares de determinadas regiões e de determinadas religiões, sendo exemplo o vegetarianismo e algumas práticas de proibição de certos tipos de alimentos, consoante a altura do ano e as condutas religiosas. A nível pessoal, existem certos determinantes que poderão, igualmente, influenciar certas escolhas mais saudáveis em detrimento de alimentos saturados em gorduras, como é o caso da autoeficácia.

Concluindo e realçando o que foi descrito anteriormente, os hábitos alimentares mantêm uma relevante função na promoção de saúde e prevenção de doença, sendo aceite que

a alimentação deverá caracterizar-se pelo conceito de racionalidade, com especial enfoque nas necessidades de cada sujeito, nas características benéficas dos alimentos e na consequente melhoria do estilo de vida em distintas faixas etárias e em casos de patologias agudas e/ou crónicas. O processo de tomada de decisão e de escolha no que diz respeito à alimentação saudável está interligada, para além do conhecimento e do fornecimento e apreensão de informação correta sobre a temática, com as preferências já estabelecidas com base no prazer sentido na ingestão de certos alimentos, com as condutas apreendidas no seio familiar desde os primeiros anos e com diversos determinantes psicológicos e do contexto social (Viana, 2002).

3.1.0 comportamento alimentar na Infância e Adolescência

O funcionamento em relação ao comportamento alimentar e a percepção que se possui dos alimentos que se ingere e das escolhas que se fazem com base nessa percepção é diferenciada consoante as diversas fases de desenvolvimento em que o indivíduo se encontra.

Viana (2002) distingue as mudanças na compreensão face à alimentação, sendo que na idade do pré-escolar já é visível uma percepção da significância dada ao consumo de alimentos, por exemplo, as frutas relativamente à ingestão de vitaminas ou o leite relativamente ao seu valor a nível de cálcio e os seus benefícios para o esqueleto humano, isto é, já nesta idade, a criança é capaz de retirar conclusões sobre o porquê da ingestão de certos alimentos e dos consumos benéficos. A idade escolar é o período onde se verifica uma propensão maior ao consumo de alimentos não restritos, como é o caso de bebidas ricas em açúcar, como os refrigerantes, os hambúrgueres e os doces e salgados, entre outros. As dietas restritivas, em que existe uma determinada seleção do que constitui parte da dieta alimentar e dos alimentos excluídos deste são maioritariamente frequentes numa idade associada à adolescência, onde a preocupação com o corpo e os comportamentos de risco se tornam muito mais evidentes. É, igualmente na idade da juventude, que os comportamentos menos saudáveis se manifestam e se mantêm ao longo dos anos, sendo importante este período para a educação a nível de aquisição de hábitos saudáveis.

Assim, a maturação do indivíduo, as características constitucionais, os agentes de socialização, as características afetivas e a interação da tríade constituída por mãe, criança e família aparecem como principais preponderantes do comportamento alimentar. Torna-se importante sublinhar a conceção de que é desde os primeiros dias de vida que se inicia o processo de decisão e seleção de quais os alimentos a serem incluídos na alimentação, sendo este um processo de aprendizagem e de evolução, o que vem sublinhar a relevância que os primeiros anos de vida mantêm a nível das aquisições de hábitos alimentares futuros e da

própria modelação do comportamento (Viana, Santos & Guimarães, 2008; Viana, Candeias, Rego & Silva, 2009).

A alimentação da criança durante o primeiro ano de vida é determinada completamente pela díade mãe e criança, sendo a própria alimentação um dos principais focos interrelacionais entre ambas. O constructo alimentar é um processo fundamental no contexto ambiental implicando-se na percepção da própria saúde da criança e de outros elementos da família, na relação mãe e criança e na relação entre a linha conjugal e familiar, entre outros, sendo que a forma como a mãe se vê como sendo eficaz ou não relativamente à alimentação da criança, conceito que faz igualmente parte da sua autoestima, influencia a forma como este processo alimentar se dá, atentando-se que, por vezes, as mães se concentram nas suas próprias necessidades, descurando as verdadeiras necessidades do filho (Viana, Guerra, Coelho, Almeida, Guardiano, Vaz & Guimarães, 2009).

De sublinhar que, apesar de se encontrar na maior parte da literatura a referência do papel da mãe como principal cuidadora e responsável pelas escolhas alimentares dos bebés, este papel também poderá ser desempenhado por outros familiares próximos, em decisão conjunta com o pai ou outros, sendo uma função dos cuidadores e um conceito influenciado pelas escolhas e crenças destes.

A existência de um momento na vida de cada indivíduo em que se dá a alteração e a aprendizagem a nível alimentar é um dos marcos mais importantes na vida de cada um. Este marco ocorre no período de desenvolvimento da criança em que se passa de uma alimentação exclusiva com leite infantil para uma dieta omnívora, ainda referente à infância inicial. As predisposições genéticas são um dos grandes influenciadores desta aprendizagem inicial referente aos alimentos e às decisões alimentares, incluindo-se nesta fase, a recusa na experimentação de novos alimentos, a necessidade de provar assente na proposição da criação de novas associações, associações estas relativas aos sabores ingeridos e aos próprios processos após a ingestão e a preferência inata para os sabores mais doces ou salgados e a rejeição de sabores mais amargos e/ou azedos (Birch & Fisher, 1998).

Segundo Viana, Santos e Guimarães (2008), a alimentação no período da infância advém das predileções da própria criança, sendo que nesta fase as preferências dirigem-se, principalmente, ao consumo de lípidos e de doces, fato que é apoiado pela propensão dos bebés pequenos ao paladar de doce e salgado. Considerando-se que esta apetência seja uma característica já presente no indivíduo desde o momento do nascimento, é possível que o contacto com estes géneros de alimentos seja o condicionante para que estas preferências ocorram, isto é, mesmo podendo ser algo já presente na criança, a apetência poderá sofrer uma diminuição caso este se encontre afastado do consumo de alimentos doces e/ou salgados, mas caso se verifique o contrário, esta experiência poderá ser a causa de dietas futuras ricas neste tipo de alimentos, visto que seja possível esta preferência continuar e aumentar nos anos seguintes devido à proximidade com estes produtos.

Viana, Sinde & Saxton (2008) corroboraram a hipótese, através de uma amostra portuguesa de crianças entre os três e os treze anos de idade, de que uma relação de aproximação a alimentos doces e/ou salgados possui como consequência um maior Índice de Massa Corporal, o que leva ao pressuposto de que as crianças com maior probabilidade de suscetibilidade ao valor externo dos alimentos apresentam maior IMC, isto é, crianças que se caracterizam por um estilo alimentar de ingestão externa estarão sujeitas a maiores níveis de peso e de Índice de Massa Corporal, ocorrendo o inverso quando existe um evitamento alimentar. Da mesma forma, os valores de resposta à saciedade estariam relacionados com os valores do Índice de Massa Corporal, na medida em que a dificuldade de resposta adequada à saciedade resulta num aumento do índice, o que idênticamente ocorreu com os valores de lentidão durante o período de alimentação. A meticulosidade na escolha dos alimentos correlaciona-se negativamente com os valores do índice de massa, indicando que os comportamentos de rejeição resultam em baixos pesos.

Ainda face aos determinantes das diferenças em termos alimentares e da sua relação com a mudança corporal, Webber, Hill, Saxton, Van Jaarsveld e Wardle (2009) através do estudo de uma amostra britânica de crianças entre os sete e os doze anos, realçaram a mesma perspectiva apresentada anteriormente de que a relação de aproximação ou de evitamento aos alimentos estão relacionados opostamente e regularmente com os valores adiposos. Esta visão foi apoiada pelos diversos dados recolhidos, cujos resultados demonstraram que o peso estaria interligado de uma forma positiva com os valores de resposta aos alimentos, o gosto pelos alimentos, o excesso de alimentação causado por motivos emocionais e o desejo de beber. Por sua vez, os níveis de peso estariam relacionados negativamente com os valores de meticulosidade e de resposta de saciedade ou, mais especificamente, a lentidão de resposta, neste exemplo concreto.

Viana, Santos e Guimarães (2008), através de um vasto estudo de revisão bibliográfica já existente, estabeleceram como principais fatores responsáveis pelas escolhas alimentares as experiências resultantes das provas dos alimentos e dos sabores aliados a estes, sendo estas influenciadas por determinantes afetivos e sociais. A satisfação com o próprio corpo, o tempo empregue na visualização de televisão e a publicidade inerente aos vários produtos de consumo alimentar fazem parte do leque influenciador das seleções das crianças e jovens no que diz respeito à alimentação.

As melhorias nas funções cognitivas, como por exemplo, na concentração, raciocínio, atividade mental e no desempenho académico, as sensações físicas positivas com a alimentação saudável, os benefícios psicológicos, quer sejam, os sentimentos de auto recompensa por estarem a fazer algo bom pela sua saúde, a eliminação de sentimentos de culpa e ansiedade ou o aumento de autoestima, e a melhoria do desempenho físico, através da melhor performance nas atividades físicas, da resistência, força e energia, são alguns dos principais benefícios de uma alimentação saudável, percecionados por crianças e adolescentes (O’dea, 2003).

No que concerne aos influenciadores fundamentais das escolhas alimentares nas crianças e adolescentes, é possível sublinhar alguns determinantes percebidos pelas crianças e jovens e derivados de diversas investigações. Os principais obstáculos encontrados a uma alimentação saudável foram a fome, o custo da refeição, o descuro das questões da saúde pessoal, as preferências individuais, a falta de tempo para o ato alimentar, a conveniência e a facilidade com que se encontram e confeccionam alimentos menos saudáveis, as respostas internas e fisiológicas em relação a estes, como o sabor, o desejo e as características mais chamativas dos alimentos menos saudáveis, os reforços sociais, como a pressão dos pares e o controlo ou a falta de educação parental e educacional nas escolas e a escolha através das recompensas e das variações no humor, sendo que estas escolhas são mais excitantes. Trata-se, portanto, de uma alimentação essencialmente emocional como o comer quando se está aborrecido como estratégia de diminuição de stress ou melhoria de humor (Neumark-Sztainer, Story, Perry & Casey, 1999; O’dea, 2003; Holsten, Deatrick, Kumanyika, Pinto-Martin & Compher, 2012).

Com o objetivo de se perceber as escolhas alimentares das crianças portuguesas, foi desenvolvido um estudo com 72 crianças, participantes de consultas de vigilância programada de saúde infantil e com idades compreendidas entre os oito e os onze anos, verificando-se, no que toca aos hábitos alimentares que 47,2% das crianças realizava cinco refeições diárias, enquanto que uma percentagem de 31,9 fazia quatro refeições diárias, 94,4% ingeriam produtos lácteos, 75% fruta, 68,1% sopa e legumes diariamente, 81,9% gorduras, 58,3% peixe, 55,6% doces e 69,4% bebidas ricas em açúcar numa quantidade entre uma e três vezes por semana (Amaral & Melão, 2016).

Continuamente, no que diz respeito à forma como os comportamentos alimentares se caracterizam ao longo da maturação dos indivíduos, mais especificamente durante a infância e na forma como estes se alteram ou se mantêm homogéneos durante o crescimento, Ashcroft, Semmler, Carnell, van Jaarsveld e Wardle (2008), demonstraram com um estudo longitudinal, usando para isso uma comparação entre os dois pontos temporais dos quatro e dez anos de idade das crianças abrangidas pela investigação, que as tendências relacionadas com o excesso de consumo de alimentos e os próprios comportamentos alimentares têm a sua origem numa fase inicial do período de desenvolvimento dos indivíduos.

Os resultados do estudo anterior vão ao encontro de um dos principais pressupostos já mencionados anteriormente: de que quanto maior os níveis de resposta aos alimentos a que os indivíduos estão sujeitos maior será também o seu índice de massa corporal. Este estudo realça ainda que o tipo de resposta, tanto quantitativamente como qualitativamente, apresenta uma tendência de aumento ao longo dos anos, tanto a nível da resposta como do prazer percebido dos alimentos e da ingestão emocional, ocorrendo, por outro lado, a diminuição das características relativas ao conceito de apetite e com a satisfação das necessidades deste, isto é, uma diminuição da resposta de saciedade, da lentidão durante a alimentação meticulosidade e do défice alimentar emocional com a maturação das crianças.

3.2. Modelos de regulação do comportamento alimentar

No que se refere à conceptualização do significado de “estilo alimentar”, esta assenta na existência de três aclamadas teorias, que foram conjecturadas com o principal objetivo de se encontrar explicações viáveis para o fenómeno da obesidade, mais especificamente, mas também a nível de outras perturbações alimentares. A Teoria da Restrição, a Teoria da Externalidade e a Teoria Psicossomática servem de exemplos explicativos para diferentes estilos alimentares. Enquanto que a primeira teoria se relaciona com a vontade de controlo do peso através da eliminação de certos alimentos da sua dieta, as Teorias de Externalidade e a Teoria Psicossomática interligam os diferentes estados internos com o excesso de peso e de ingestão com as representações erradas que os indivíduos criam dos primeiros (Viana, Candeias, Rego & Silva, 2009; Viana & Sinde, 2003). Seguidamente, irão ser apresentados, os três estilos de comportamentos alimentares diferentes, onde se torna visível a impossibilidade de separação dos diversos fatores.

3.2.1. Comportamentos alimentares de restrição

O comportamento alimentar de restrição baseia-se num fenómeno de insatisfação dos indivíduos com o seu próprio corpo, com o aspeto deste e com os seus valores de peso que leva a uma tentativa contínua de controlo interno, com o objetivo principal de conter a ingestão de alimentos consoante a sua percepção das características corporais individuais e pessoais expostas. Esta apreensão constante e não normativa leva a um maior cuidado em relação aos alimentos ingeridos e a uma resistência a outros certos alimentos que retiram da sua dieta consoante as suas características de forma a controlar o seu peso, mantendo-o ou diminuindo-o (Viana, 2002). Na literatura, a alimentação restritiva surge também como um conceito associado à privação percebida e à preocupação com a dieta (Timmerman & Gregg, 2003; Markowitz, Butryn & Lowe, 2008).

Viana, Candeias, Rego e Silva (2009) chamam a atenção para o conceito de restrição como produto final obtido através da interligação dos fatores fisiológicos, que estão na base do apetite, e os esforços conscientes de oposição ao desejo. Os sujeitos que optam por um comportamento alimentar assente em dietas restritivas, com tendências de preocupação compulsiva com os alimentos ingeridos e esforços constantes de resistência aos alimentos e ao seu apelo, possuem condutas semelhantes aos indivíduos que passam por circunstâncias de fome contínua. Estes comportamentos resultam na existência de um maior foco nos alimentos,

sendo que diversos determinantes poderão estar na causa da perda de controlo sobre os alimentos ingeridos, na ingestão excessiva e/ou na voracidade alimentar, como é o exemplo de determinantes externos como o ver ou cheirar comida ou ainda ver alguém a comer, ou outros fatores de ordem emocional, como é o caso do stress (Wallis & Hetherington, 2004) e da ansiedade, provocando a desinibição do apetite.

No que diz respeito à restrição existem diferenças relativamente aos níveis de restrição. Nas pessoas com excesso de peso, os níveis de restrição situam-se em valores mais elevados em comparação com indivíduos eutróficos, isto é, que apresentam um comportamento equilibrado de nutrição. Assim sendo, estes indivíduos, normalmente, apresentam uma maior sensibilidade aos estímulos externos do ambiente, essencialmente às características dos alimentos, o que seria resultado do comportamento de restrição existente e do desejo criado pela carência de satisfação das suas necessidades (Viana & Sinde, 2003). Os indivíduos obesos com maiores níveis de restrição eram mais eficazes no controlo do seu peso, em relação a indivíduos obesos com menores níveis de restrição e os que possuíam maior restrição, menor alimentação descontrolada e emocional, enquanto que nos sujeitos com peso normal e com maior restrição existia um maior índice de massa corporal e maior estilo alimentar de restrição (Konttinen, Haukkala, Sarlio-Lähteenkorva, Silventoinen & Jousilahti, 2009).

Bernardi, Cicheler e Vitol (2005) dão destaque à existência de um ciclo vicioso comparativamente aos fatores psicológicos que se originam nos casos de restrição alimentar e aliados a outras variáveis, como é o caso, da pressão social para o corpo magro. Esta relação poderá estar na origem de excessivas dietas para se conseguir ser magro com consequências fisiológicas e psicológicas e de, em alguns casos, aumento da obesidade e das alterações constantes de peso. Através da comparação entre indivíduos com peso normal e com obesidade, Van Strein, Herman, Engels, Larsen e Van Leeuwe (2007) obtiveram resultados em que os sujeitos de peso normal que assinalaram tendências restritivas demonstraram uma associação com a insatisfação corporal, enquanto que nos participantes obesos existiu uma associação entre a restrição e o excesso alimentar. Este resultado poderá apontar para a flutuação de peso como a origem destas diferenças ou para a hipótese de que os indivíduos obesos restritivos são os que possuem maior probabilidade de ganhar peso.

De facto, a teoria da alimentação restritiva tem como pilar fundamental a proposição de que os estados negativos de humor funcionam como desinibidores do consumo de alimentos que foram autoimpostos como proibidos na dieta, isto é, mesmo sendo um indivíduo com uma alimentação restritiva, este ao estar num estado emocionalmente negativo, irá acabar por ter momentos de consumo excessivo (Herman & Polivy, 1980), sendo que pode ser aliado a um aumento de peso e/ou a falha de regulação de peso. De facto, em muitos casos de obesidade existe um comportamento restritivo e perda de controlo efetivo posterior com consequências na área psicológica, como diminuição da autoestima e mudanças de estado emocional (Bernardi, Cicheler & Vitol, 2005).

Se a investigação científica tem, como foi exposto, associado o estilo alimentar de restrição ao estilo alimentar emocional, o mesmo se tem verificado na associação entre o primeiro e o estilo alimentar externo, isto é, o consumo de alimentos considerados atrativos e apelativos. A restrição de alimentos de um plano alimentar e a redução alimentar, um constructo tanto defendido como criticado, está suscetível a fatores que o possam influenciar, sendo outro desses fatores o contacto que um individuo mantém com os alimentos que foram restringidos, através da disponibilidade destes nos diversos contextos em que se insere, e que, provavelmente, se caracterizam pelo seu valor extremamente chamativo.

De acordo com o exposto, a suscetibilidade e proximidade com os alimentos mais apelativos faz com que o processo de restrição se torne mais difícil e/ou ocorrendo o consumo de alimentos que tinham sido anteriormente eliminados da dieta alimentar, o que tem vindo a ser comprovado com vários estudos (Fedoroff, Polivy & Herman, 1997; Fedoroff, Polivy & Herman, 2003; Polivy, Herman & Coelho, 2008). Esta sensibilidade aos alimentos nos sujeitos restritivos alarga-se a outros elementos que não os próprios alimentos, como é caso da sensibilidade a outras pistas, por exemplo palavras, verificando-se que são mais rápidos a encontrarem palavras relacionadas com alimentos comparativamente a outras palavras neutras, o que mostra uma maior atenção a tudo o que se relaciona com os alimentos nestes indivíduos (Hollitt, Kemp, Tiggemann, Smeets & Mills, 2009).

Assim, de acordo com o que foi mencionado anteriormente, os consumidores restritivos falham frequentemente na limitação da ingestão de calorias e acabam por consumir os alimentos assinalados que foram restringidos da sua dieta alimentar por vontade própria. Na investigação dos processos das tendências automáticas de aproximação aos alimentos e das associações afetivas, ambos fatores que poderão influenciar a desregulação da ingestão, comparando consumidores restritivos e consumidores não restritivos a alimentos ricos e pobres em gordura, verificou-se que tanto os restritivos como os não restritivos, apresentavam maiores tendências automáticas de gosto relativamente a alimentos ricos em gorduras, mesmo quando esse padrão semelhante não se encontrava nos auto relatos dos participantes, sendo que o ponto fulcral é que os consumidores restritivos apresentavam, igualmente, uma abordagem rica em fortes tendências automáticas aos alimentos, mesmo quando estes fazem parte dos restringidos da sua dieta (Veenstra & Jong, 2010). Na manipulação e alteração dos estados de humor, os sujeitos restritivos mostram comportamentos de consumo não normais em relação ao nível limitativo de alimentos que os caracterizam, suportando esta hipótese (Yeomans & Coughlan, 2009).

É também importante distinguir os indivíduos que são restritivos ineficazes e os restritivos eficazes, os que apresentam comportamentos de consumos elevados de alimentos, dos indivíduos restritivos que não possuem esta tendência alimentar, em que, por exemplo, não ocorre um processo de desinibição alimentar quando o seu humor é negativo (Yeomans & Coughlan, 2009; Haynes, Lee & Yeomans, 2003).

A discriminação entre o comportamento e a intenção restritiva sugere as implicações que a discrepância entre o planeamento do comportamento alimentar e os próprios comportamentos possuem a nível do aumento de peso. Numa amostra de indivíduos com peso excessivo e obesidade, verificou-se a existência da intenção da alimentação restritiva, mas que na prática não ocorria (Larsen, van Strein, Eisinga, Herman & Engels, 2007). Estes dados sugerem que, apesar de existir uma intenção de restringir a sua dieta, poderão haver fatores que influenciam essa restrição como é o caso de falhas no planeamento, da baixa autoeficácia e controlo sobre o que comem, o que poderá estar na causa de futuras perturbações alimentares e aumento de peso. A intenção restritiva mostrou-se correlacionada com a alimentação emocional e externa, enquanto que os comportamentos restritivos não estão relacionados com os estilos alimentares emocional e externo (Larsen, van Strein, Eisinga, Herman & Engels, 2007).

A proposição do parágrafo anterior leva a teorizar a explicação de se encontrar a tendência do consumo excessivo de alimentos em sujeitos restritivos, colocando em questão se estes possuem realmente um estilo alimentar restritivo ou se estará relacionado com a existência de um desejo restritivo, acompanhado por alguns comportamentos alimentares deste tipo, mas não eficaz devido à falta de competências regulatórias, o que vem reforçar a noção de que as dietas restritivas tendem a ser falíveis.

No que concerne ao próprio ato de restrição alimentar, tem-se verificado que este tipo de comportamentos se inicia, cada vez mais, numa faixa etária mais prematura. Num estudo de Calderon, Yu e Jambazian (2004), com uma amostra constituída por adolescentes, foi possível obter como principal conclusão que parte destes adolescentes, nomeadamente 41,3%, teriam adotado anteriormente comportamentos em que comeriam menos em relação às suas necessidades de satisfação com base no desejo de controlo de peso, e 15% destes, terão aderido a estas práticas restritivas ainda antes dos onze anos e 84% na faixa etária da pré-adolescência dos catorze anos, o que são valores relevantes para uma melhor compreensão do ato de restrição alimentar e da intenção, mesmo em baixas idades, no controlo do peso corporal. Da percentagem de adolescentes que relataram dietas, 54,7% fazem-nas de forma a controlar o seu peso, sendo que, relativamente às estratégias utilizadas para esse fim, foram relatadas o limite de porções (34%), contagem de calorias (31,4%), contagem de gramas de gordura (41,9%), ingestão e compra de alimentos pobres em gordura (64,8%) e a falha de realização de todas as refeições (44%), o que vem demonstrar os diversos comportamentos de regulação restritiva dos alimentos e das quantidades consumidas. Já Walther & Hilbert (2016), verificaram que o comportamento alimentar de restrição era mais frequente no sexo feminino que dava maior importância às consequências e no sexo masculino com maior vulnerabilidade ao valor da punição.

Através de estudos manipulativos, é possível inferir as diferenças entre indivíduos restritivos e não restritivos. Proverver, Polivy e Herman (2009), e Papies, Stroebe e Aarts (2009) referem que a percepção e as crenças que os sujeitos possuem sobre se um alimento é

saudável ou não, influencia as suas escolhas, sendo que os sujeitos restritivos apresentaram percepções mais negativas em relação aos alimentos, do que os sujeitos sem qualquer tipo de dieta restritiva.

No primeiro estudo, de Provencher, Polivy e Herman (2009) é defendido que se um alimento é percebido como saudável o consumo aumenta de forma direta, não existindo diferenças entre restritivos e não restritivos. Os sujeitos restritivos demonstraram fortes sentimentos negativos em relação a um alimento quando o seu peso se colocou em destaque antes do consumo, mesmo sendo este considerado saudável ou menos saudável, o que mostra a importância do peso para os sujeitos que restringem a sua alimentação e de variáveis como a insatisfação com o corpo e o maior valor de índice de massa corporal como determinantes da percepção negativa do valor nutricional dos alimentos. Os sujeitos restritivos mostraram ainda um maior limite a nível do consumo após a experiência, mas não existiram diferenças no consumo entre os dois grupos durante a experiência.

3.2.2. Comportamentos alimentares de ingestão externa

A alimentação externa, isto é, o comportamento alimentar com base nas respostas de cada indivíduo em função das características externas dos alimentos, poderá ter na sua base o tipo de processamento que cada sujeito realiza dos alimentos e a predisposição destes a este estilo alimentar. A própria suscetibilidade destes indivíduos às características de um apetite regulado externamente e a relação das diferenças individuais no seu sistema de recompensas neural com esta suscetibilidade serão fatores determinantes na forma de alimentação de cada pessoa e um fator diferenciador na existência de traços patológicos de alimentação ou de um comportamento considerado normal. Brignell, Griffiths, Bradley e Mogg (2009) sustentam esta proposição com os resultados da sua pesquisa que confirmaram que o estilo alimentar de restrição estaria associado com um maior dispêndio de atenção face às características dos alimentos, isto é, vindo reforçar a existência de erros de processamento dos estímulos a que os indivíduos estão sujeitos e que estarão na base de uma alimentação externa.

O conceito de alimentação externa tem o seu princípio na teorização de Schachter e Rodin (1974), em que as diferenças individuais seriam responsáveis pela forma como os indivíduos reagiriam aos alimentos, sendo que a questão da obesidade seria explicada por vulnerabilidades neste domínio, Por exemplo, mesmo quando apenas existia contacto ocular, este tipo de regulação levaria a mudanças a nível do sistema neuro cognitivo e motivacional, fazendo com que os valores internos de saciedade e fome tivessem um menor valor na escolha alimentar e levando a uma resposta de maior consumo alimentar originada na proximidade às pistas externas. Rodin (1981), um dos autores principais, vem posteriormente afirmar que a externalidade não é suficientemente forte como fator explicativo do maior consumo de

alimentos, sublinhando a existência de uma diversidade de fatores e da própria relação entre estilos alimentares como variáveis na obesidade. Esta visão vem suportar a ideia de que é impossível uma visão simplista de cada estilo alimentar que irá ser apresentado e das diversas relações entre estes.

Sendo possível hipotetizar que a alimentação externa origina comportamentos de consumo excessivo em relação às necessidades e, que, por consequência aumenta a probabilidade de excesso de peso e obesidade, um dos pontos assentes será então que a alimentação externa é um dos fatores, mas também um traço de personalidade que influi diretamente no peso através de estímulos como o cheiro ou o contacto com os alimentos. Para além de ser um traço, várias pesquisas indicam que a suscetibilidade às características externas poderá estar nas dificuldades em controlar as respostas cognitivas em relação aos estímulos e maior vulnerabilidade às recompensas imediatas do consumo alimentar existindo um traço impulsivo anterior que leva a uma resposta cognitiva e comportamental impulsiva e não regulada ou controlada, demonstrada pelos resultados em que se verificou uma relação positiva entre traços impulsivos e a atenção seletiva a pistas (pictóricas ou palavras) de alimentos (Brignell et al., 2009; Hepworth et al., 2010; Hou, Mogg, Bradley, Moss-Morris, Peveler & Roefs, 2011).

A externalidade poderá ser considerada o preditor essencial dos desejos alimentares, sendo que estes desejos em geral ou os desejos por alimentos com alta teor de gordura funcionam como mediadores entre a associação positiva do comportamento alimentar externo e do índice de massa corporal (Burton, Smit & Lightowler, 2007). Entre indivíduos com excesso de peso/obesidade e entre indivíduos de peso normal, os primeiros parecem utilizar estratégias cognitivas de forma a controlar a vontade alimentar originada nas características externas dos alimentos. Foram encontradas diferenças na atenção que é direcionada aos estímulos relacionados com os alimentos, nomeadamente indivíduos com sobrepeso e obesidade mostraram maior reatividade a nível da atenção a estes estímulos em comparação a indivíduos de peso normal, principalmente em casos de privação alimentar anterior (Nijs, Muris, Euser & Franken, 2010).

Wadhera e Capaldi-Phillips (2014), na sua pesquisa sobre as diversas características sensoriais que influenciam o consumo de alimentos, realçam a importância do contacto ocular como o principal determinante da alimentação relacionada com a externalidade, mas também a relação que outras características dos alimentos possuem na tomada de decisão. Assim, a aparência, algo pouco estudado, a proximidade, a visibilidade, a cor, a variedade, o tamanho, a forma, o número, o volume e o tamanho da porção, todas estas características são variantes na percepção que um indivíduo tem de um alimento ou de uma refeição e o seu consumo. Estes dados resultam na percepção de que será possível alterar a percepção e a suscetibilidade, principalmente nos jovens e adolescentes, ao se alterar a forma como estes percebem alguns alimentos e o valor que estes dão a estes, existindo a possibilidade de ser uma estratégia de mudança de comportamentos alimentares. Piqueras-Fiszman e Spence (2014) adicionam à cor

das refeições, a variedade e a forma como os alimentos estão dispostos como condicionantes da percepção positiva dessa refeição e o seu consumo.

3.3.3. Comportamentos alimentares de ingestão emocional

Num primeiro momento, antes mesmo de se referenciar a forma como o estado emocional poderá influenciar o tipo de comportamento alimentar, é possível mencionar a relação bilateral entre os dois conceitos anteriores, isto é, o efeito do comportamento alimentar no humor de cada indivíduo. Relativamente a este ponto, a alimentação provoca alterações no estado emocional e diferentes níveis de estimulação previamente e posteriormente à toma de uma refeição, concluindo na influência a nível comportamental. De forma geral, é aceite como hipótese que, após a satisfação das necessidades alimentares, ocorrem mudanças a nível fisiológico e do humor, existindo uma maior probabilidade de ser positivo neste momento, em comparação com um comportamento de irritabilidade e de maior alerta que é considerado como provável num indivíduo insatisfeito e com fome, existindo um maior desejo e uma maior procura de alimentos (Macht, Haupt & Salewsky, 2004).

A importância de compreender a relação entre o humor e a escolha alimentar e vice-versa, passa igualmente pela possibilidade de existir uma consequência com um valor de reforço. Estes reforços podem estar assim relacionados com a diminuição do estado emocional negativo, através do saciar da fome, ou com o aumento do estado emocional positivo, através do prazer sensorial retirado do consumo de alimentos com qualidades hedónicas de prazer, quer seja pelo seu valor nutricional ou pelo sabor, mediado pelo aumento da resiliência ao stress ou pela extinção de sintomas psicológicos aversivos aos sujeitos. De notar que é impossível caracterizar esta relação de uma forma extremamente específica e estanque no tempo, sublinhando o papel dos determinantes idiossincráticos de cada indivíduo e do papel das disposições psicológicas e neuro hormonais, existindo uma aprendizagem das estratégias/escolhas alimentares relativas a cada estado de humor e às consequências (Gibson, 2006).

Bongers, van den Akker, Havermans e Jansen (2015), interligam o comportamento alimentar emocional ao processo de aprendizagem mencionado anteriormente, regulado por um sistema de condicionamento clássico, existindo duas opções explicativas de como este processo ocorre. Uma das opções é explicada pela existência de emoções negativas e do papel destas como facilitadoras de uma relação entre estímulos, considerados neutros até esse momento, e a ingestão de certos alimentos, o que leva a que este comportamento seja aprendido, enquanto que a outra explicação está assente na perspectiva de que quando um indivíduo com este tipo de estilo alimentar emocional apresenta um estado emocional negativo, o consumo de alimentos será excessivo. Utilizando a teoria adaptada a esta última situação, é

possível teorizar que quando uma condição emocional se encontra articulada com a ingestão de certos alimentos, mais especificamente, alimentos ricos em gorduras saturadas, e se o valor de contingência entre este tipo de emoções e a ingestão for elevado, estas condições de variáveis tornar-se-ão determinantes favoráveis de uma maior ingestão alimentar através de um processo de condicionamento que ocorre após a existência da emoção e que levará a uma maior reatividade dos indivíduos face aos alimentos e consequente ingestão.

Adaptando a teoria do reforço negativo ao comportamento alimentar, considera-se que a existência de humor negativo é a principal causa do aumento percebido do valor da recompensa atribuído às pistas dos alimentos. Assim sendo, a vontade de comer e os enviesamentos de atenção face às pistas alimentares aumentam em proporção direta com o humor negativo. As experiências passadas são um dos fatores incluídos nesta perspetiva, visto que estas fazem parte dos condicionantes que influenciam o desenvolvimento do estilo de comportamento alimentar de restrição. Exemplos de como o passado poderá influenciar, de certa forma, o comportamento presente e futuro, são situações em que crianças recebem dos pais alimentos, como é o caso dos doces, que servem como recompensa em circunstâncias em que estas realizam atividades não prazerosas para si próprias, sendo possível que este tipo de atitudes resulte devido ao condicionamento operante em comportamentos e estratégias de *coping* regulados através de reforço negativo como resposta ao estado negativo (Hepworth, Mogg, Brignell & Bradley, 2010).

A alimentação emocional encontra-se também relacionada com a percepção de problemas de peso, isto é, a crença que um indivíduo possui de que o seu peso está acima do normal, o que leva à probabilidade de indivíduos que não apresentam excesso de índice de massa corporal, acreditarem que estão em risco de uma alimentação emocional (Wiedemann & Saules, 2013). Tan e Chow (2014), exploram um modelo constituído por três variáveis: o *stress*, a desregulação a nível da ingestão alimentar e o estilo alimentar emocional. Com base nas suas hipóteses teóricas e nos resultados do seu estudo, os autores verificaram o papel de mediador da desregulação alimentar nas duas variáveis *stress* e alimentação emocional, ou seja, maioritariamente o *stress* foi percebido em sujeitos que não possuem as características para controlarem e responderem apropriadamente aos seus valores internos de apetite e de saciedade, o que os levaria a uma alimentação fundamentalmente emocional.

Como conclusão, os diversos estudos relativos ao comportamento alimentar emocional têm vindo a afirmar as proposições teóricas de que a ingestão alimentar possui uma influência direta na potenciação do humor positivo nos sujeitos (Macht, Haupt & Salewsky, 2004), o que vem sublinhar a importância de se ter em atenção que o humor negativo estará na base de um aumento de atenção face às características dos alimentos e do aumento do apetite subjetivo. Desta forma, os enviesamentos do apetite que são regulados por um mecanismo assente em recompensas, o estado emocional e o estilo alimentar são influenciadores da motivação para a alimentação, podendo em certos casos contribuir para o excesso alimentar (Hepworth, Mogg,

Brignell & Bradley, 2010) e a desregulação alimentar ser mediadora dos níveis de stress e de uma alimentação emocional (Tan & Chow, 2014).

Capítulo IV. Regulação do Comportamento Humano e Percepção de Competência Alimentar

A necessidade de competência aparece, na literatura, associada, maioritariamente à Teoria da autodeterminação e aos níveis de confiança de cada sujeito 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 (Deci & Ryan, 2000).

Assim, num primeiro momento será explorada a Teoria da Autodeterminação e o tema da regulação no geral, mais especificamente, a regulação de comportamentos interligados com as condutas alimentares, como tema introdutório ao segundo tópico principal do estudo, a competência alimentar e a investigação sobre a existência da sua relação com o comportamento alimentar. Em seguida, o conceito de percepção de competência é elucidado, do ponto de vista da sua ligação com a teoria da autodeterminação.

4.1. Teoria da Autodeterminação e Comportamento Alimentar

Segundo Ryan e Deci (2000), são três os pilares fundamentais da Teoria da Autodeterminação enquanto modelo de motivação humana. A primeira formulação é a de que todos os seres humanos nascem com as competências necessárias de tomada de decisão e de ação, sendo que os indivíduos são assim capazes de lidar com os fatores que poderão influenciar as suas ações, como é o caso dos fatores externos, presentes no contexto ambiental, entre outros, e internos, como é o caso das emoções. Esta premissa defende que cada indivíduo é capaz e possui em si as capacidades para controlar esses determinantes e não deixar que aconteça o contrário. Como segundo ponto, os indivíduos são capazes, ao longo do seu desenvolvimento, de seguir um crescimento contínuo a nível das suas capacidades psicológicas. Para finalizar, esta tendência de crescimento não se encontra completamente protegida das influências do contexto social que rodeia os indivíduos, podendo ser determinada por estes e ocorrer uma diminuição no seu desenvolvimento psicológico.

A grande distinção entre tipos de motivação reside na diferenciação entre motivação intrínseca e motivação extrínseca que originam diferente qualidade da experiência e de performance. A primeira refere-se à ação determinada pelo gosto e interesse associada a uma elevada qualidade de aprendizagem e criatividade, enquanto que a última diz respeito à ação

realizada tendo em conta resultados/consequências separáveis interligada, na maioria dos casos, a pobres resultados de envolvimento pessoal (Ryan & Deci, 2000). Poderemos assim dizer, que existem dois grandes tipos de motivação, autónoma e controlada constituindo um continuum de regulação (Ryan & Connell, 1989). A motivação intrínseca reside na primeira, sendo que a motivação extrínseca faz parte da motivação controlada. A identificação regulada é uma das partes integrantes da motivação autónoma, seguidamente à motivação intrínseca, respetivamente a regulação externa e a regulação introjetada. O locus de causalidade percebido está diretamente interligado com este continuum. Seguindo este facto, é possível verificar a existência de um locus de causalidade impessoal ligado a uma situação de amotivação, segundo um caminho de externo a interno, consoante se vai caminhando de motivação extrínseca para intrínseca (Ryan & Deci, 2000).

O valor preditivo da Teoria da Autodeterminação, mais especificamente, do comportamento autorregulado, nos comportamentos saudáveis e/ou de saúde está presente como objetivo fundamental em diversos estudos de pesquisa originais e em estudos de meta-análise constituídos por várias pesquisas efetuadas. Num dos estudos mais recentes, os autores realizaram uma pesquisa científica com o objetivo de retirar informações sobre o efeito dos vários tipos de motivação e de intenção nos comportamentos de saúde, selecionando para tal tarefa uma lista discriminada de vinte comportamentos e tendo como premissa a hipótese de que a regulação motivacional teria como função a predição do comportamento, sendo a intenção, por sua vez, um fator de mediação. Os resultados demonstraram uma relação estatisticamente significativa entre a motivação autónoma nos comportamentos e intenções comportamentais na maioria dos itens da lista (Hagger, Hardcastle, Chater, Mallett, Pal & Chatzisarantis, 2014).

Na sequência do referido, é relevante sublinhar a importância do estudo da motivação autodeterminada e de componentes mais específicos incluídos na teoria da autodeterminação para a compreensão do bem-estar e da saúde física (Miquelon & Vallerand, 2008). De facto, não só a falta de satisfação de necessidades, mas também as falhas a nível das necessidades psicológicas mantêm uma função preditora de mal-estar (Gunnell, Crocker, Wilson, Mack & Zumbo, 2013), indo ao encontro da premissa de que a satisfação de necessidades está profundamente interligada com a motivação autónoma e o bem-estar e a função desta mesma motivação como mediador parcial da satisfação de necessidades e bem-estar (Milyavskaya & Koestner, 2011).

São, portanto, inúmeros os estudos que sublinham a importância da autorregulação na área da saúde comportamental seguindo a premissa de que “um comportamento autodeterminado é fator de saúde psicológica” (Appel-Silva, Wendt & Argimon, 2010, p. 351). Salienta-se assim a motivação humana como o principal fator na mudança em saúde e na adoção de comportamentos saudáveis (Mestre & Ribeiro, 2010). A relevância do estudo destas variáveis ultrapassa faixas etárias e diversos comportamentos, possuindo uma abrangência distinta e que torna de extrema pertinência o estudo desta temática.

No plano dos comportamentos de exercício físico, são também vários os indícios que apoiam a relação positiva entre exercício e os tipos autônomos de motivação e a satisfação a nível de competência, sendo a motivação intrínseca uma medida importante a longo termo (Teixeira, Carraça, Markland, Silva & Ryan, 2012), tal como a mediação das mudanças a nível da satisfação das necessidades psicológicas na relação entre mudanças na motivação autónoma e bem-estar, os efeitos indiretos causados pela motivação e as necessidades entre metas intrínsecas e bem-estar, as mudanças na área da competência como mediadores entre motivação autónoma e comportamento de atividade física e a importância da mudança na motivação autónoma através da satisfação de competência como mediadora da relação entre metas intrínsecas e atividade física (Gunnell, Crocker, Mack, Wilson & Zumbo, 2014) e, novamente, a regulação autónoma como principal fator, mas na área dos comportamentos associados à regulação de peso e a outros comportamentos associados (Teixeira, Silva, Mata, Palmeira & Markland, 2012).

Ao se aliar a Teoria da Autodeterminação ao comportamento alimentar e à regulação deste, Verstuyf, Patrick, Vansteenkiste e Teixeira (2012) demarcam como a razão fulcral para esta associação a possibilidade do estudo do fenómeno da alimentação a vários níveis, não estando apenas o foco no grau da regulação alimentar. A distinção entre os diversos tipos de motivação, autónoma e controlada, e as diferentes metas de cada indivíduo, intrínsecas ou extrínsecas, possibilita uma maior compreensão de como estes constructos influenciam os diferentes estilos e comportamentos alimentares.

Teixeira, Patrick e Mata (2011) apresentam dois tipos de regulação alimentar com origem no “como” e no “porquê da alimentação”, defendendo que devem ser ambos utilizados em equilíbrio e realçando a importância da apreensão de como os processos psicológicos e as escolhas alimentares funcionam em conjunto. A regulação do consumo alimentar é um processo influenciado por diversas variáveis, como são exemplo as variáveis fisiológicas, como a sensação de apetite e de saciedade, as preferências individuais por certos alimentos, os hábitos e variáveis relacionadas com o contexto global, como o preço, o acesso e a proximidade a determinados alimentos e a suscetibilidade ao marketing alimentar. O primeiro paradigma de autorregulação apresentado sustenta-se no “como” da alimentação e no funcionamento funcional e executivo que está interligado com a alimentação, isto é, com as competências de autorregulação enquanto que o segundo paradigma foca-se no “porquê”, na motivação e na vontade, ou seja, nos processos psicológicos, processos esses que costumam estar relacionados com o funcionamento ao nível máximo e percepção de autonomia.

Um dos modelos motivacionais associado à Teoria da Autodeterminação mais defendidos na área do comportamento alimentar é o de que a regulação autónoma origina comportamentos alimentares saudáveis, enquanto a regulação controlada provoca comportamentos alimentares disfuncionais. A duração da manutenção de uma alimentação

saudável estará assim dependente da existência de uma autodeterminação na adoção de novas escolhas (Pelletier, Dion, Slovinec-D'Angelo & Reid, 2004).

O próprio hábito poderá possuir consequências negativas na regulação de comportamentos alimentares mais saudáveis, mesmo quando existe algum tipo de motivação na adoção de escolhas mais saudáveis, visto que é uma variável com forte influência nas escolhas devido à sua natureza inconsciente e à modelagem pelo ambiente. Foi confirmado por Naughton, McCarthy e McCarthy (2015) que o hábito afeta as escolhas mais saudáveis e o consumo de alimentos ricos em açúcar, prejudiciais à saúde. Os hábitos enraizados pouco saudáveis mantiveram uma posição contrária à autoeficácia e ao planejamento de uma dieta mais saudável e de auto monitorização, enquanto que a fome hedônica e o desejo de comer alimentos mais tentadores contrariam as intenções de autorregular as suas escolhas.

Na literatura, a autorregulação do comportamento alimentar está associada a diferentes metas de realização determinando uma melhor ou pior autorregulação. A existência de metas de aproximação de domínio e de evitamento de desempenho parecem contribuir para uma melhor regulação dos hábitos alimentares (Scoffier, Gernigon & d'Arripe-Longueville, 2012). Numa questão mais específica, a motivação poderá também estar relacionada com o consumo de carne e de preferências mais saudáveis. Verificou-se que, a motivação internalizada e o gosto intrínseco por cozinhar e pela alimentação desempenham importantes papéis na frequência e nas porções alimentares do consumo, nas razões para não ser frequente uma alimentação rica em carne e na compra consciente e cuidadosa de carne e de outros substitutos (Schösler, Boer & Boersema, 2014).

O conceito de motivação está na base da regulação alimentar e poderá ajudar na forma como percebemos uma regulação eficaz ou ineficaz quando é pretendida uma perda de peso e a redução de comportamentos alimentares problemáticos, sendo que a existência de uma regulação autónoma e uma meta de saúde levam a melhores resultados em comparação com a regulação controlada e a atração física aos alimentos (Verstuyf, Patrick, Vansteenkiste & Teixeira, 2012).

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, isto é, quando existe uma percepção de escolha, uma maior significância dada às escolhas de comportamentos mais saudáveis e quando existe uma consciência nas suas escolhas e nos seus objetivos. Concluindo, estas informações trazem implicações, não só para as alterações de hábitos individuais, por escolha livre do indivíduo sem estar inserido num projeto de intervenção, mas também para as intervenções que promovem contextos de motivação autónoma e uma identificação dos participantes com as suas escolhas alimentares, fazendo com que estes se sintam responsáveis, interessados, no controlo dos seus comportamentos e que se identificam com as metas estabelecidas serão mais eficazes em comparação com intervenções alimentares que não promovam este tipo de comportamentos e que não promovam as escolhas

individuais de cada indivíduo, podendo afastá-los dos objetivos propostos por não sentirem que possuem um papel ativos nestas escolhas saudáveis (Teixeira, Patrick & Mata, 2011).

4.2. A Percepção de Competência e Comportamento Alimentar

White (1959) define competência como a capacidade que um organismo possui e que permite que este interaja efetivamente com o meio que o rodeia, o ambiente. Parece existir, desde que o conceito teórico de competência se foi desenvolvendo, indícios de uma interligação com a área da motivação. Este autor, defendia que, através da existência de motivação em relação à competência dos indivíduos face ao seu contexto social e físico, estes encontravam-se com uma maior propensão para se envolverem em tarefas que desafiassem as suas capacidades de mestria. Como hipótese do resultado da tomada de ação nas tarefas, os indivíduos experienciam emoções que apoiam uma maior motivação intrínseca por si próprios, em casos de sucesso, e consequente sentimento de competência nas tarefas em que os indivíduos se envolviam. Caso se verificasse o contrário, situações de falha ou insucesso, a motivação intrínseca seria influenciada negativamente e os sujeitos iriam percecionarem-se como incompetentes.

A conceção do constructo de competência não surgiu, inicialmente, aliado à temática da alimentação, mas sim, a outros contextos da vida dos indivíduos. No geral, a noção de competência ganha, uma maior importância, nos anos setenta do século passado, quando Harter (1978) define e utiliza competência como forma de permuta em relação ao conceito de efetividade do ser humano, estando a noção de competência, igualmente interligada, com outro conceito, o do sentimento de eficácia, e com uma regulação autónoma e emancipada de recompensas externas. Harter, defende assim, que o sentimento de competência por parte de um indivíduo, está na base para o seu comportamento, isto é, um sujeito age de determinada maneira consoante se sente competente ou não. De acordo com o mesmo autor, a aprendizagem resulta das escolhas de comportamentos que os indivíduos efetuam ao longo do seu desenvolvimento, baseando-se na sua capacidade perceptiva e subjetiva sobre as suas competências para a realização de determinada tarefa.

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

Para Roberts (2001), a percepção de competência estaria relacionada com a compreensão que um sujeito possuiu sobre si próprio, nomeadamente se tem ou não capacidades e competências para atingir os seus objetivos e se tem ou não confiança e asseveração para se comprometer e realizar os comportamentos que serão necessários para atingir esse objetivo. Assim, a percepção de cada indivíduo sobre as suas competências mantém um papel extremamente importante nos comportamentos aliados a questões de realização (Maia, 2003) promovendo uma melhor compreensão das escolhas e dos comportamentos quando se pretende alterar ou extinguir certos comportamentos, ou ainda realizar algo como a adoção de comportamentos desejados.

A percepção de competência é um constructo importante e tem sido estudada na sua relação com outros conceitos. A nível da motivação, por exemplo, foi confirmado o papel mediador que a percepção de competência mantém na motivação intrínseca, o que reforçou a ideia de White (1959) e Harter (1978) (Vallerand & Reid, 1984). Deci e Ryan (2000), defendem, identicamente, a noção 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.

A competência encontra-se associada às metas comportamentais, mencionadas anteriormente no tópico relativo à Teoria da Autodeterminação, 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. 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, relativos à sua capacidade de mestria real, ao seu passado e à sua trajetória e, ainda, tendo em conta as competências de realização de outros indivíduos. Assim, o indivíduo, ao avaliar a sua competência poderá basear a sua decisão nas normas absolutas, nas normas intrapessoais e nas normativas. As primeiras dizem respeito às próprias características da tarefa e às suas exigências, enquanto que o segundo tipo de normas se refere ao potencial, passado ou máximo, que o sujeito possui, ou com que se avalia para realizar o que se encontra em questão. As normas normativas baseiam-se no desempenho de outros indivíduos (Murayama, Elliot & Friedman, 2012).

A competência pode ser caracterizada como positiva ou negativa, possuindo assim duas valências. No polo positivo, encontra-se a competência e o sucesso, enquanto que, por outro lado, negativamente, encontram-se os conceitos de incompetência e falha. A forma como o indivíduo se foca nestes dois polos, ou seja, consoante tenha como objetivo delimitado a aproximação do lado positivo e o afastamento do lado negativo, e.g. da incompetência, existirão tipos de metas de realização diferentes, visto que as metas de aproximação e a visão

positiva da competência se aliam e as metas de afastamento estão relacionadas com uma preocupação com a parte negativa de incompetência (Murayama, Elliot & Friedman, 2012). Resumindo, os indivíduos poderão apresentar duas motivações para os comportamentos associados aos níveis de competência percebida, pela possibilidade de competência ou pela possibilidade de incompetência, isto é, por um desejo de obter competência e uma aversão à hipótese de insucesso (Elliot & Dweck, 2005).

No que diz respeito a relações com outros conceitos da Teoria da Autodeterminação, os diferentes tipos de competência aliam-se a dois tipos de metas de realização. As normas absolutas e intrapessoais relacionam-se com as metas de realização, enquanto que as metas de desempenho se interligam, igualmente, às normas intrapessoais (Murayama, Elliot & Friedman, 2012).

Satter (2007) é um dos autores que vem realçar o conceito de competência associado à alimentação, aprofundando a questão da relevância do estudo da variável. A competência alimentar correlaciona-se, muito resumidamente, com os comportamentos e atitudes que asseguram a alimentação, sendo que a principal finalidade da alimentação é a sustentabilidade. É esta capacidade de manter um equilíbrio entre a quantidade de alimentos e o que é verdadeiramente necessário que se torna uma tarefa extremamente complexa, em continuo balanceamento, e que influencia, ultimamente, o comportamento alimentar.

Os indivíduos considerados competentes a nível alimentar são também considerados como indivíduos com uma postura positiva, confortável e flexível a nível das suas escolhas de alimentação (Clifford & Keller, 2009). Sendo mais específica, Satter (2007), no seu modelo de competência alimentar refere quatro características essenciais nos indivíduos competentes, as atitudes positivas em relação à comida e ao ato de ingestão, as competências de aceitação dos alimentos e uma dieta variada, as competências regulatórias internas que permitem um consumo equilibrado com a quantidade de energia que necessitam, isto é, uma regulação interna, e as capacidades e os recursos para lidar com o contexto alimentar e com o planeamento de refeições em família.

Tal como foi anteriormente referido, existe igualmente, o conceito de incompetência percebida, isto é, o sentimento que um indivíduo possui sobre si e sobre ser inadequado em certos domínios particulares da sua vida. Ferrier e Martens (2008), encontraram indícios que a incompetência percebida em domínios da vida dos sujeitos, como a sua aparência, as relações de amizade, domínio moral ou de aceitação social relacionavam-se positivamente com as problemáticas alimentares, não sendo o falhar que leva ao comportamento alimentar problemático, mas sim a percepção de um indivíduo de que é incompetente numa área da sua vida que o levará a uma alimentação não saudável. Estes dados poderão ajudar a compreender melhor como a satisfação noutras áreas da vida dos sujeitos poderá influenciar os comportamentos alimentares e a percepção que possuem das suas capacidades a este nível.

A aprendizagem é um dos determinantes da competência e da capacidade para se avaliar a própria competência, fazendo com que se distinga os organismos que não apresentam capacidades de aprendizagem eficazes dos organismos que exibem esta característica. Na espécie humana, o sistema nervoso altamente flexível, permite que esta capacidade de avaliação de competência aumente, devido às circunstâncias de aprendizagem. Assim, o desenvolvimento de competência dá-se e evolui por meio da relação entre o ser humano e o seu meio, não sendo uma característica completamente inata (White, 1959).

Nas crianças, a necessidade de competência, numa fase inicial, poderá estar relacionada com uma orientação dirigida à possibilidade de obtenção de competência nas suas tarefas, mas não sendo possível excluir a influência de outros fatores nesta característica inata de procura de competência, e.g. socialização e experiência passada, que poderão manter um papel de transformação, tornando a orientação das crianças dirigida ao evitamento de resultados que levam a uma competência negativa. Assim sendo, as crianças irão desenvolver estratégias de fuga aos comportamentos que poderão ter como consequência uma diminuição da percepção de competência e que, na sua maioria, fazem com que as crianças não arrisquem e assim não obtenham competência positiva, não passando, equitativamente, por experiências que lhe permitam um crescimento e desenvolvimento a nível pessoal (Elliot & Dweck, 2005).

Harter (1982) conceptualizou o desenvolvimento da percepção de competência face às idades da infância e adolescência, relatando que existem fases diferentes de competência em relação ao progresso cognitivo dos indivíduos. Até aos cinco anos de idade, as crianças encontram-se motivadas, mas apenas para as tarefas que satisfaçam os seus níveis de prazer em relação à tarefa em questão. Durante a faixa etária entre os cinco e seis anos, a percepção de competência das crianças baseia-se simplesmente nas conclusões que retiram das percepções dos adultos, ou seja, através do feedback de tarefas que desempenharam acertadamente e das tarefas em que não obtiveram sucesso e consoante o que lhe é transmitido pelos adultos, o que constitui a fase embrionária da aprendizagem da criança. A interiorização, denominação dada pela autora, corresponde à fase de desenvolvimento entre os sete e os doze anos e caracteriza-se pelo intervalo de tempo em que os indivíduos conseguem, de forma eficaz, avaliar os objetivos como alcançáveis e não alcançáveis, através de normas internas que resultam dos seus padrões anteriores de competência. Apesar de já possuírem alguns padrões de competência baseados no seu desempenho, as crianças, nesta idade, ainda se encontram dependentes do feedback externo, realizado sobre si, pelas outras pessoas. Em relação à fase de desenvolvimento, após os catorze anos de idade, verifica-se uma etapa conturbada a nível das várias transformações que ocorrem nesta altura. Após o processo de desenvolvimento, os adolescentes, são agora capazes de utilizarem a sua percepção de competência de forma funcional, sendo possível relacionar os seus comportamentos com a lógica racional e justificativa, aliando a esse facto uma capacidade de antecipação das tarefas e das consequências destas.

Em relação à idade e ao desenvolvimento da competência enquanto fator de avaliação relacionado com a motivação, é difícil assumir a existência de uma internalização do valor de competência, em crianças com menos ou de idade igual a oito anos, devido ao desenvolvimento cognitivo, ainda pouco expandido, que se verifica neste intervalo de faixas etárias (Harter, 1998). Segundo Gallahue e Ozmun (2005), as crianças com uma melhor percepção de competência, comparativamente a crianças com baixa percepção de competência, apresentam uma maior motivação, empenham-se nas atividades que, por exemplo, lhe são sugeridas, demonstrando uma capacidade de enfrentar desafios superior, enquanto que as segundas, percebem-se como não tendo competências para obterem sucesso, resultando num menor empenho nas atividades.

Na fase da adolescência, de acordo com Damasceno (2011), os indivíduos demonstram uma percepção de competência diferente das idades anteriores a este período de desenvolvimento. A adolescência é, assim, um período em que se denotam grandes alterações na evolução das características relacionadas com este constructo. Portanto, é percebido que nesta idade, os indivíduos apresentam capacidades ao nível do pensamento abstrato, essencial para a avaliação de competência, tal como uma maior habilidade de introspeção e capacidade cognitiva, o que vem suportar uma habilidade meditativa de representação do seu self, assente na aptidão do sujeito, de refletir sobre os seus pensamentos, as suas emoções, os seus comportamentos e a sua base motivacional para o comportamento. A autora sublinha ainda, a influência das experiências passadas em relação às tarefas em que os sujeitos se envolveram e dos seus resultados, entre outros condicionantes, na percepção de competência dos indivíduos nos vários contextos da sua vida.

Parte II - Investigação Empírica

Capítulo I. Apresentação da investigação e metodologia

1.1. A Investigação

“Tukey reportedly stated “Finding the question is often more important than finding the answer” (Brillinger, 2002, p.1571). This brilliant methodological thinker unabashedly showed us that it is not just about the quantitative statistics but about a conceptual understanding and the ability to pose thoughtful research questions that are also paramount” (Harlow, 2016, p. xxix).

Em concordância com a informação acima referida pelo autor, é importante, num primeiro instante, colocar em destaque as questões conceptuais da investigação. São estas questões o primeiro passo para a possibilidade de obtenção de resultados, passíveis de serem considerados respostas e de originarem esclarecimentos para o tema em questão. Um método de tratamento de dados, neste caso específico, estatístico e quantitativo, inicia-se na identificação de um ou vários problemas de investigação, visto que é aceite que os resultados são descaracterizados de qualquer valor quando a concetualização não existe.

Portanto, tendo em conta a relevância de uma concetualização investigativa, no primeiro capítulo da segunda parte deste trabalho, apresenta-se inicialmente a caracterização da investigação, os objetivos pretendidos e as consequentes hipóteses, que se pretendem testar neste estudo, tal como as variáveis que fazem parte destas, a metodologia, os instrumentos e os procedimentos realizados. Estes processos são parte importante da planificação e da realização de um estudo, onde se descreve a forma como este foi pensado, delineado e alcançado.

1.1.1. O problema de investigação

Segundo Almeida e Freire (2000), a revisão da teoria prévia relativa a um tema e a existência de investigações com problemas similares ou diferentes na área que se pretende estudar, são formas estratégicas de se conseguir identificar um problema com um maior rigor. No que diz respeito a esta parte do presente trabalho, as metas mantêm-se na tentativa de responder às características que os autores acima mencionados enumeraram como objetivos que devem ser alcançados na parte da definição de um problema em qualquer pesquisa, como são exemplos, a cuidada identificação e descrição da questão em causa, com o estabelecimento de

relações, a precisão dos objetivos e a delimitação do que se pretende alcançar, devendo existir durante todo o processo uma atenção face à relevância do investigador em questionar a pertinência da investigação.

A revisão bibliográfica, presente na parte inicial deste trabalho, é, de acordo com os autores citados no parágrafo anterior, relevante, na medida em que situa o problema, iluminando sobre os seus aspetos e a sua importância enquanto fenómeno que abrange diversas vertentes. Após a fundamentação bibliográfica, é possível sublinhar a importância do tema específico desta investigação.

“A investigação é uma actividade (sic) de natureza cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objetivo de indagação e que contribui para explicar e compreender os fenómenos sociais. É através da investigação que se reflete e problematizam os problemas nascidos na prática, que se suscita o debate e se edificam as ideias inovadoras (Coutinho, 2014, p. 7).”

Fedoroff, Polivy e (1997), sublinham a conceção de que a cognição é um fator que está presente em tudo o que rodeia os indivíduos, mantendo uma função que se alarga até aos fatores biológicos mais simples. Assim, os autores, chamam a atenção para a área da alimentação e para os fatores de controlo fisiológicos e cognitivos que representam a forma de regulação da alimentação. Nesta investigação, pretende dar-se importância, principalmente, aos fatores cognitivos e à função que estes representam e mantêm no comportamento alimentar.

A competência é um constructo de extrema importância, tendo em conta as consequências que esta possui aos mais diversos níveis da vida dos indivíduos, o que a torna um conceito com relevância para a investigação científica. Verifica-se que a competência e a saúde mental são dois fatores com uma grande relação entre si, pois os indivíduos, ao se sentirem competentes face aos objetivos que delineiam, mostram um melhor estado de saúde a nível mental, o que parece encontrar-se de acordo com uma melhor adoção de hábitos por parte dos sujeitos na sua vida (Deci & Ryan, 2008).

Tendo em consideração o que foi referido anteriormente na primeira parte deste trabalho, o tema da alimentação associado à percepção de competência nas faixas etárias da infância e adolescência, possui relevância e pertinência de estudo na área da Psicologia e neste caso, mais especificamente, na área relacionada com a saúde. Assim sendo, define-se como a principal finalidade deste estudo, a de investigar os comportamentos alimentares em crianças e adolescentes, bem como os valores relativos à percepção de competência, questionando se existem diferenças interligadas com a relação entre estes dois constructos, tal como entre os dois grandes conceitos em estudo e diversas variáveis sociodemográficas (e.g. género, idade, IMC, escolaridade e informações alimentares).

1.1.2. Objetivos gerais e específicos da investigação

Face ao objetivo primordial desta investigação, é possível enumerar, como objetivos gerais, os dois pontos apresentados seguidamente:

- Compreender os diferentes comportamentos alimentares numa amostra de crianças e adolescentes;
- Avaliar os níveis de percepção de competência alimentar numa amostra de crianças e adolescentes.

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

- Avaliar se existem correlações entre os diferentes estilos de comportamento alimentar;
- Determinar se existem diferenças entre géneros em relação ao comportamento alimentar;
- Determinar se existem diferenças entre faixas etárias diferentes em relação ao comportamento alimentar;
- Determinar se existem diferenças entre anos de escolaridade em relação ao comportamento alimentar;
- Determinar se existem diferenças entre valores de IMC e diferentes estilos de comportamento alimentar;
- Determinar se existem diferenças entre géneros em relação à percepção de competência alimentar.
- Determinar se existem diferenças entre faixas etárias diferentes em relação à percepção de competência alimentar;
- Determinar se existem diferenças entre anos de escolaridade e percepção de competência alimentar;
- Determinar se existem diferenças entre valores de IMC e os valores de percepção de competência;
- Avaliar se existem diferenças entre os diversos comportamentos alimentares e os valores de percepção de competência alimentar, isto é, se existe algum tipo de relação entre as duas variáveis.
- Identificar fatores de risco para o aparecimento e desenvolvimento de comportamentos alimentares não saudáveis através do estudo das correlações entre a variável

comportamento alimentar e as variáveis sociodemográficas já referidas anteriormente nestes objetivos.

1.1.3. Hipóteses do estudo

A formulação de hipóteses permite a criação de pressupostos em relação aos resultados que irão ser obtidos futuramente. Estas formulações são testadas através da análise de dados, que permitem validar ou anular a veracidade destas suposições, sendo que, fazem parte deste estudo, as hipóteses apresentadas em seguida. A elaboração das hipóteses, relativas ao estudo do comportamento alimentar, resultou, primeiramente, dos resultados observados no estudo de adaptação e validação, para a população portuguesa de adolescentes e adultos do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar, tendo igualmente em conta a pesquisa de literatura efetuada nesta área. No que se refere às hipóteses relacionadas com a percepção de competência, estas possuem um cariz mais exploratório em relação às primeiras, tendo algumas bases empíricas.

Hipóteses relacionadas com os estilos de comportamento alimentar:

H1: Os valores de restrição alimentar encontram-se correlacionados positivamente com os níveis de ingestão emocional.

H2: Os níveis de ingestão externa encontram-se correlacionados positivamente com os níveis de ingestão emocional.

Hipóteses relacionadas com variáveis sociodemográficas e comportamento alimentar:

H3: Os participantes do sexo feminino apresentam maiores níveis de restrição alimentar.

H4: Os participantes do sexo feminino apresentam maiores níveis de ingestão emocional.

H5: Os participantes do sexo masculino apresentam maiores níveis de ingestão externa.

H6: Os participantes do ano escolar mais avançado apresentam maiores níveis de restrição alimentar.

H7: Os participantes do ano escolar mais avançado apresentam maiores níveis de ingestão emocional.

H8: Os participantes do ano escolar mais avançado apresentam maiores níveis de ingestão externa.

H9: O IMC encontra-se associado positivamente com a escala restritiva do comportamento alimentar.

H10: Os níveis de IMC encontram-se associados negativamente com a escala de comportamento alimentar externo.

H11: Maiores níveis de IMC encontram-se associados negativamente com a escala de comportamento alimentar de ingestão emocional.

Hipóteses relacionadas com variáveis sociodemográficas e percepção de competência alimentar:

H12: Os participantes do sexo feminino apresentam uma menor percepção de competência alimentar em relação aos participantes do sexo masculino:

H13: Os participantes de faixas etárias mais altas apresentam uma maior percepção de competência alimentar em relação aos participantes mais novos;

H14: Os participantes do ano escolar mais avançado apresentam uma maior percepção de competência alimentar em relação aos participantes dos anos mais baixos;

H15: Os participantes com valores de IMC mais baixos apresentam uma maior percepção de competência alimentar em relação aos participantes com valores de IMC mais altos.

Hipóteses relacionadas com o comportamento alimentar e a percepção de competência alimentar:

H16: Existe uma relação estatisticamente significativa entre a percepção de competência e a Escala de Restrição Alimentar.

H17: Existe uma relação estatisticamente significativa entre a percepção de competência e a Escala de Ingestão Externa.

H18: Existe uma relação estatisticamente significativa entre a percepção de competência e a Escala de Ingestão Emocional.

1.1.4. Identificação das variáveis

Almeida e Freire (2000) sublinham o conceito de variável como oposto à definição de um fenómeno constante, pois uma variável é constituída pelas características ou particularidades que se dividem em diversos valores, não tendo apenas uma representação.

Em relação ao tipo de dados que resultam de uma investigação, as variáveis dividem-se em qualitativas e quantitativas. Enquanto o primeiro tipo de variáveis não é passível de serem representadas através de números, apenas através de categorias que descrevem fenómenos, o segundo tipo é caracterizado por resultados numéricos, sendo constituído por dados que estão sujeitas a um método de mensuração. As variáveis quantitativas subdividem-se em discretas e contínuas, sendo que as qualitativas ou categóricas podem ser nominais ou ordinais. Quantitativamente, as variáveis contínuas podem atingir um valor num intervalo, e.g. idade e peso, enquanto que as discretas apenas adotam valores que se encontram determinados e que não sejam decimais, e.g. número de refeições diárias. Exemplos de variáveis categóricas são variáveis como o tipo de emprego (empregado/desempregado), variáveis que são constituídas por grupos de resposta ou respostas múltiplas (e.g. género), ou tal como o nome indica, em categorias (Fallon, 2016). Portanto, qualitativamente, as variáveis ordinais possuem uma ordem (e.g. ano de escolaridade) enquanto que as nominais não possuem ordem nas suas categorias (e.g. género).

Neste trabalho, importa distinguir entre variáveis dependentes e independentes e identificar as variáveis em questão. Considera-se uma variável dependente quando uma variável independente possui um efeito sobre a primeira, isto é, a variável independente exerce algum tipo de influência sobre a variável dependente (Clark-Carter, 2004). Na mesma lógica, segundo Marconi e Lakatos (2003), a variável independente determina e/ou é um fator influenciador de outra variável, sendo normalmente alvo de manipulação por parte do investigador, de forma a alcançar o resultado da sua influência sobre outros conceitos igualmente em estudo. Por conseguinte, uma variável dependente é a variável que se encontra em estudo e que o investigador pretende explicar ou prever face aos seus objetivos, tendo em vista a influência que uma variável independente possa ter sobre esta quando existem variâncias nessa mesma variável independente. Assim sendo, variáveis sociodemográficas recolhidas nesta investigação, como o género, a idade, o nível de escolaridade, informações sobre as refeições diárias e o IMC são parte das variáveis independentes. Em relação às variáveis dependentes, incluem-se os estilos alimentares e a percepção de competência.

1.1.5. Tipologia do estudo

Este estudo pauta-se pela sua base de investigação e análise quantitativa, visto que segue os pressupostos basilares de uma investigação deste tipo. A formulação de hipóteses com

vista em explicar os fenómenos, a definição das variáveis em estudo, a seleção aleatória dos participantes, a recolha cuidada de dados e a posterior investigação dos resultados através da análise estatística, que permite validar ou rejeitar as hipóteses formuladas são as conjecturas que permitem considerar uma investigação com um delineamento quantitativo (Carmo & Ferreira, 2008). É importante distinguir a tipologia, o design da investigação, da caracterização metodológica desta, visto que a tipologia se relaciona com a estrutura lógica de um projeto, com a disposição do estudo de modo a que seja possível responder às questões iniciais a que se pretendem dar resposta. Assim, o que se encontra esclarecido em seguida diz respeito ao design escolhido para esta investigação, tendo em atenção os objetivos. De notar que a lógica de raciocínio do estudo, a sua tipologia, possibilita a consequente escolha do método de recolha de dados (Vaus, 2001).

Com este estudo de método não-experimental, pretende-se assim incidir no comportamento alimentar e na sua relação com os níveis de competência percebida e/ou vice-versa, que se caracteriza por possuir um design transversal/cross-sectional, descritivo e correlacional, sendo igualmente marcado por um caráter exploratório. Os estudos que utilizam um design transversal estão maioritariamente interligados com uma análise descritiva, visto que pretendem descrever um fenómeno num determinado momento temporal (Vaus, 2001). Neste tipo de investigação, incluem-se participantes de vários grupos etários de forma a ser possível identificar diferenças entre estes (Brannon & Feist, 2009; Jackson, 2008). Interligando esta definição ao propósito deste estudo, pretende-se descrever o comportamento alimentar e a percepção de competência de crianças e adolescentes, através de dados que foram recolhidos apenas uma vez na linha temporal. Os estudos correlacionais, apesar de não possibilitarem o estabelecimento de relação de causa direta, permitem predizer uma variável com base noutra (Jackson, 2007), sendo o principal objetivo o de estudar duas variáveis e investigar qual o tipo de relação entre estas (Brannon & Feist, 2009; Brehm, 2014), característica presente nesta investigação ao se objetivar a correlação de variáveis, o que foi exposto anteriormente.

1.2. Metodologia

Neste segundo ponto, serão abordados os constituintes que integram a parte metodológica desta investigação, onde se realiza a descrição dos participantes e, consequentemente, a explicação das várias características da amostra, como é exemplo, o género, as faixas etárias, os ciclos de ensino abrangidos neste projeto, entre outros. Além desta informação, encontram-se igualmente expostos os diversos instrumentos utilizados, selecionados e empregues com a finalidade de recolher os dados em consonância com os objetivos do estudo e as variáveis em análise, tal como os procedimentos realizados e que possibilitaram a investigação.

Na investigação em Psicologia, é possível distinguir entre dois tipos de metodologia, a quantitativa e a qualitativa. No primeiro, são utilizados métodos de quantificação ou de

manipulação das variáveis em questão, associados à verificação de hipóteses, descrição de fenómenos ou investigação das consequências de uma intervenção, por exemplo, através do estudo das relações entre variáveis. Por outro lado, a metodologia qualitativa possui como meta a compreensão de significados, isto é, contempla as percepções e interpretações dos participantes do estudo relativamente a certas ocorrências ou experiências por que tenham passado na sua vida (French, Vedhara, Kaptein & Weinman, 2010).

Assim, no que diz respeito ao seu método, este estudo caracteriza-se como quantitativo, como foi assinalado anteriormente. Segundo Almeida e Freire (2008), o método quantitativo possui características específicas, sendo que possui como principal objetivo obter resultados que permitam a criação de leis gerais que esclarecem a temática em estudo. Estas leis estão na base da predição, da explicação e do controlo de certas situações e detêm a sua origem em procedimentos específicos e objetivos deste método de investigação, bem como na metodologia quantitativa. Assim, indo ao encontro do que foi referido, formularam-se os pressupostos explicitados no ponto anterior, pressupostos estes analisados através dos dados quantitativos numéricos e da sua examinação do ponto de vista estatístico, com o intuito de testar as suposições em estudo.

Em seguida, e mais pormenorizadamente, encontra-se uma explicação da visão e dos processos metodológicos seguidos. De realçar, como contextualização, as estratégias utilizadas ao longo deste trabalho, os inquéritos por questionário ao nível de recolha de dados e os testes estatísticos no tratamento de dados.

1.2.1. Participantes

Relativamente à amostra em estudo, esta caracteriza-se por ser não probabilística e por conveniência. Segundo Turato (2005), uma amostra deve ser constituída por indivíduos escolhidos aleatoriamente, mas que possuam características que sejam representativas da população, sendo que o número de participantes é importante para a sua representatividade, na medida em que seja satisfatório a nível da generalização de resultados. Verifica-se a existência de uma amostra significativa em número de participantes no estudo, o que apoia a hipótese de uma distribuição normal.

Os participantes deste estudo são crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 9 e os 17 anos a frequentar o ensino básico entre o 5.º e o 9.º ano de escolaridades. Relativamente à constituição da amostra, não se verificaram diferenças consideráveis em termos quantitativos relativamente ao género dos participantes. Assim, da amostra total de 689 estudantes, 346 (50,2%) são do sexo masculino e 343 (49,8%) do sexo feminino.

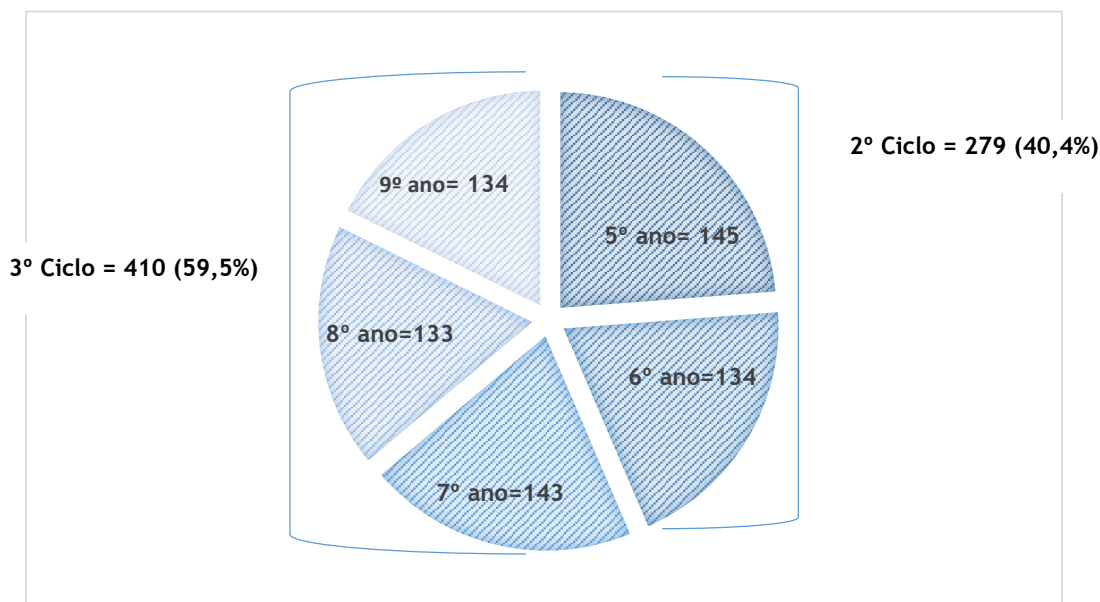
No que diz respeito às idades dos participantes, estas encontram-se intervaladas entre os 9 anos e os 17 anos, como foi referido anteriormente, sendo a média de idades de $\bar{x} = 12,48$ e um desvio padrão de $\sigma = 1,65$. Na tabela 1 é possível observar a distribuição de alunos consoante a sua idade, isto é, a sua frequência.

Tabela 1 - Distribuição de participantes relativamente à sua idade (N = 689)

Idade	Número de participantes
9 anos	1
10 anos	89
11 anos	135
12 anos	126
13 anos	131
14 anos	127
15 anos	58
16 anos	21
17 anos	1

Os participantes resultam de uma recolha realizada em três instituições de ensino privado e cooperativo, duas localizadas na região norte do país e a última de uma escola da região centro de Portugal. Relativamente aos anos de escolaridade da amostra e à sua frequência no geral, estes podem ser observados mais pormenorizadamente no gráfico 1. O 5.º e o 6.º anos de escolaridade representam, respetivamente, 21% e 19,4% da amostra, verificando-se que 279 jovens (40,4%) do total da amostra se encontram a frequentar o 2.º ciclo. No que diz respeito ao 3.º ciclo, este é constituído por 410 alunos (59,5%), sendo que esta percentagem divide-se em 20,8% de alunos do 7.º ano, 19,3% de alunos do 8.º ano e 19,4% de alunos do 9.º ano de escolaridade.

Gráfico 1 - Distribuição de participantes conforme os anos e ciclos de escolaridade (N = 689)



Neste trabalho, apresentam-se duas amostras em termos de análises estatísticas, uma amostra total e uma amostra de participantes mais reduzida, a do terceiro ciclo. Assim sendo, a amostra do 3º ciclo é constituída por 410 alunos, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, sendo a média de idades de $\bar{x} = 13,55$ e um desvio padrão de $\sigma = 1,13$, estando as frequências disponíveis na tabela 2. São provenientes, das duas instituições de ensino da região do Norte, um total de participantes de 218 alunos (53,2%) e da instituição educativa da região Centro 192 alunos (46,8%). Em relação ao género dos participantes, 202 são do sexo masculino, uma percentagem de 49,3%, enquanto 208 são do sexo feminino, perfazendo uma percentagem de 50,7.

Tabela 2 - Distribuição e percentagem dos alunos do 3º ciclo consoante a sua idade (N=410)

Idade	Número de participantes	%
12	83	20,2
13	123	30,0
14	124	30,2
15	58	14,1
16	21	5,1
17	1	,2

No que diz respeito aos anos de escolaridade abrangidos pelo 3º ciclo e a distribuição de alunos por estes anos, verifica-se que a amostra é constituída por 143 alunos do sétimo ano (34,9%), 133 alunos do oitavo ano (32,4%) e 134 alunos do nono ano de escolaridade (32,7%).

1.2.2. Instrumentos

O trabalho que aqui se apresenta é parte de um projeto de investigação mais abrangente, onde outras variáveis são estudadas relativamente ao comportamento alimentar e à autorregulação deste. Assim, é importante sublinhar que, para além dos instrumentos que irão ser mencionados com maior especificidade em seguida, foram utilizados igualmente a Escala de Necessidades Básicas, na sua versão original a Balanced Measure of Psychological Needs (BMPN) de Sheldon e Hilpert (2012) adaptada para a versão portuguesa por Cordeiro, Paixão, Lens, Lacante e Sheldon em 2015 e a Escala de Autoeficácia Alimentar Global de Poinhos, Canelas, Oliveira e Correia (2013).

O primeiro instrumento a ser utilizado foi o questionário sociodemográfico, formulado de forma a retirar informações relevantes sobre os participantes. Assim sendo, informações

como idade, sexo, ano de escolaridade, constituição do agregado familiar, dados sobre a alimentação de cada participante, entre outros, foram obtidos com este questionário.

O Questionário Holandês do Comportamento Alimentar, na sua versão original “Dutch Eating Behavior Questionnaire - DEBQ” de Van Strien, Frijters, Bergers e Defares (1986), validado para a população portuguesa por Viana e Sinde, 2003, integra também este estudo. O questionário pretende avaliar os estilos alimentares, sendo constituído por 33 itens que fazem parte de três escalas: a Escala de Ingestão Emocional, a Escala de Ingestão Externa e a Escala de Restrição Alimentar. As respostas são dadas numa escala de 5 pontos likert (nunca/raramente/às vezes/frequentemente/muito frequentemente), apresentando na validação nacional bons índices de validade e fiabilidade.

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

1.2.3. Procedimentos

Clark- Carter (2004) sublinha a necessidade de, precedentemente à realização de uma investigação, existir uma fase em que o investigador deverá pesquisar informação sobre o seu tema de estudo, sendo importante conhecer os trabalhos dos investigadores mais experientes e notórios na área e, igualmente, realizar uma revisão bibliográfica, quer seja através de informações em conferências, em artigos de publicação científicos, em livros ou via Internet, meios em que os investigadores poderão dar a conhecer o seu trabalho. Segundo o mesmo autor, são os artigos publicados em revistas científicas e os livros, os meios mais disseminados de informação. Na etapa inicial deste projeto, tornou-se assim essencial e indispensável a realização da revisão bibliográfica no âmbito do comportamento alimentar e da percepção de competência alimentar em crianças e jovens. Esta revisão permitiu retirar informações teóricas e práticas, no sentido em que se observou qual a pesquisa já realizada na área.

Após a revisão de bibliografia, procedeu-se à delimitação dos objetivos e das questões a que se pretendem dar resposta com este estudo, tendo em conta neste momento os instrumentos a serem utilizados de forma a recolher os dados necessários, instrumentos para os quais foram obtidas as autorizações para a sua devida e correta utilização. Aos instrumentos

de medição utilizados adicionou-se um questionário sociodemográfico, construído consoante as características dos participantes, onde se teve em atenção, como principal fator, a variável da idade da amostra, com o objetivo de assegurar a compreensão deste por cada criança e adolescente.

Para a recolha dos dados essenciais para a investigação e visto que foi delimitado o contexto de instituições de educação como local de recolha, foi necessário estabelecer uma relação de colaboração entre as partes. Assim, procedeu-se ao contacto por parte da equipa de investigação com as diversas instituições de educação, explicando a investigação, a sua pertinência e as suas metas e efetuando-se assim um pedido de colaboração. Após as respostas positivas, foi essencial, antes dos momentos de recolha de dados, reunir com diversos elementos das escolas em questão, de forma a serem discutidas distintas questões e proceder-se à preparação das fases de aplicação dos questionários às diversas turmas que fizeram parte da amostra deste estudo.

Face ao facto de a amostra ser constituída por crianças e adolescentes, foi indispensável a autorização/consentimento informado pelos encarregados de educação, pais e/ou outros responsáveis. As escolas, o meio de transmissão destes pedidos de consentimento, ficaram responsável pela entrega e a recolha destes. Foi assim assegurado que apenas as crianças a quem foi dada autorização pelos seus encarregados, fizessem parte da investigação.

Relativamente à recolha de dados, a aplicação dos protocolos de investigação realizou-se nas turmas, no horário de aulas destinado pela escola, com a presença dos professores de cada turma. Em cada recolha existiu uma fase inicial de verificação dos consentimentos informados e de explicação oral dos objetivos do estudo, onde foram sublinhadas as questões de confidencialidade e realçada a necessidade de um preenchimento sincero e individual, tentando ao máximo, eliminar sentimentos de avaliação e tranquilizando os participantes. Cada aplicação teve a duração aproximada de 45 minutos por turma, existindo uma atenção especial de modo a assegurar o respeito por todas as questões éticas e deontológicas que devem ser tidas em atenção durante uma investigação deste tipo.

Seguidamente, procedeu-se à inserção dos dados recolhidos no programa de análise de dados, o SPSS (versão 22), executando-se em seguida a análise dos dados quantitativos em conformidade com os objetivos delineados, com a obtenção de resultados que permitiram a sua interpretação tendo em conta a bibliografia existente.

1.2.4. Análise dos dados

A análise de dados, num modelo quantitativo, caracteriza-se por um processo matemático, em que existe um estabelecimento de relações causa-efeito entre as variáveis contempladas no estudo (Turato, 2005). A análise estatística admite que três grandes objetivos

sejam alcançados, a descrição dos dados recolhidos, a averiguação se as variáveis da amostra em causa representam ou não características da população e a verificação da existência de relações entre as variáveis (Fallon, 2016). No ponto anterior apresentou-se o programa de análise estatística utilizado com o intuito de responder às questões formuladas, mais concretamente, a cada hipótese desta investigação. A análise estatística através do SPSS 22, possibilitou duas fases de análise distintas, a primeira referente às descritivas básicas e a segunda de descritivas inferenciais.

Na análise estatística descritiva, realizaram-se análises referentes às características dos participantes do estudo, utilizando-se para isso as variáveis obtidas no questionário sociodemográfico, como o género, idade e outras informações. As principais medidas incluídas nesta fase dizem respeito aos intervalos de respostas nas variáveis, à média e ao desvio padrão de cada variável examinada.

Previamente à estatística inferencial propriamente dita, procedeu-se à análise fatorial dos instrumentos utilizados, com o intuito de validar o constructo em causa. Antes da realização da análise fatorial é importante investigar se a amostra pode ser sujeita à análise fatorial, utilizando-se para isso o índice de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett. Neste caso, realizaram-se as análises de forma a compreender se o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar poderia ser alvo da análise em fatores e comparar com os resultados obtidos em estudos anteriores face à sua distribuição fatorial. Segundo Hutcheson e Sofroniou (1999) os índices obtidos no KMO podem variar entre valores de zero e um, sendo que resultados em que os valores se encontram abaixo de 0,5 devem ser inaceitáveis, valores entre 0,5 e 0,7 medíocres, entre 0,7 e 0,8 bons, acima de 0,7 ótimos e, finalmente, valores acima de 0,9 excelentes. No teste de Bartlett, quando são obtidos valores $p < 0,05$ indicam, a matriz de amostra poderá ser sujeita a análise fatorial (Tabachnick & Fidell, 2007). Em seguida, verificando-se que a amostra é considerável para uma análise fatorial procedeu-se à escolha de um método de extração, de forma a obter os resultados dos fatores do questionário.

Consecutivamente, a fiabilidade questionários e dos seus resultados foi analisada, tendo em conta o cálculo do coeficiente de consistência interna alfa de Cronbach. Apesar da fiabilidade dos dados ser um conceito de estimativa e não completamente considerado como um valor totalmente correto, visto a possibilidade de erros, a fiabilidade medida por este coeficiente resulta num resultado interligado com a consistência de um instrumento, sendo presumível que se os resultados de Cronbach se apresentam idênticos em várias aplicações, deverá ser considerado como fiável (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Pallant (2007), refere que valores obtidos entre 0 e 0,6 consideram-se inadmissíveis, entre 0,6 e 0,7 a consistência é razoável, entre 0,7 e 0,8 boa, entre 0,8 e 0,9 muito boa e valores acima de 0,9 avaliam o instrumento como detentor de uma consistência interna excelente. Aplicou-se em seguida o Teste de Kolmogorov-Smirnov, com o intuito de investigar a normalidade e distribuição da amostra.

Na estatística inferencial e de correlação, compararam-se os resultados dos instrumentos com as variáveis retiradas do questionário sociodemográfico, através da utilização do teste “T” de student. Nesta fase investigaram-se se existiam correlações estatisticamente significativas entre os resultados referentes ao comportamento alimentar com outras variáveis, e.g. idade e IMC, tal como a percepção de competência alimentar com a idade e IMC dos participantes. Na análise dos índices de correlação entre os estilos alimentares e as diferenças de sexo e da percepção de competência alimentar entre os dois géneros recorreu-se ao teste estatístico “r” de Pearson. Foi ainda estudada a associação entre as três escalas do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar através da análise do “r” de Pearson, visto que este se utiliza na análise de variáveis quantitativas, sendo que resultados entre 0 e 0,3 significam uma associação fraca, entre 0,3 e 0,7 moderada, entre 0,7 e 1, não incluído, forte, sendo que quando o valor obtido é 1 se está na presença de uma associação perfeita entre as variáveis (Murteira, 1993).

Capítulo II. Análise estatística dos dados

Este segundo capítulo, incide sobre os resultados da análise estatística dos dados, obtidos através da aplicação dos protocolos constituídos pelos questionários e escalas. Numa primeira fase, expõem-se os resultados da análise fatorial realizada aos dois instrumentos incluídos neste estudo, o DEBQ e a PCSp, de forma a estudar as características psicométricas de ambos os instrumentos. Seguidamente, apresentam-se os resultados da análise descritiva, onde se incluem características da amostra que não foram mencionadas anteriormente, finalizando este capítulo com os resultados obtidos na análise inferencial, referente ao teste de hipóteses.

2.1. Análise Fatorial Exploratória

2.1.1. Análise Fatorial Exploratória do DEBQ

No que diz respeito à análise fatorial, procedeu-se à decomposição e extração dos “eixos principais” através do método de rotação varimax com normalização de Kaiser, nos 33 itens do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar e na amostra total de 689 participantes. Os resultados do índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de esfericidade Qui² de Bartlett, que informam sobre a adequação da amostra à análise fatorial, foram de **0,93** e **9496,06** ($p=,000 < 0,05$), respetivamente, o que sustentou a hipótese de se sujeitar a amostra à análise fatorial.

Os resultados da primeira análise fatorial, com a extração dos fatores através da condição dos eigenvalues superiores a 1, demonstrou a existência de seis fatores, que explicaram uma variância, respetivamente, de 24,41%, 15,37%, 7,85%, 3,17%, 3,06% e 3,04%. Doze itens da escala de ingestão emocional constituíam o primeiro componente (1, 3, 5, 8, 10, 13, 16, 20, 23, 25, 28, 32), nove da escala de restrição alimentar o segundo (4, 7, 11, 17, 19, 22, 26, 29, 31), enquanto que no terceiro componente estavam incluídos nove itens da escala alimentar externa (2, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 27, 33). Os restantes itens, número 30 (escala de ingestão externa), 14 (escala de restrição alimentar) e 21 (escala de alimentação externa), fazem parte dos restantes três fatores obtidos. A distribuição dos itens e os valores de saturação de cada um destes, comparativamente aos seis fatores, encontra-se no anexo A, tabela 3.

Realizou-se uma segunda análise, forçando um produto de apenas três fatores, o que resultou numa distribuição fatorial dos itens equitativa aos três tipos de escalas de ingestão, presentes no questionário, a mesma solução encontrada por Viana e Sinde (2003), na sua adaptação à população portuguesa de jovens e adultos. Os três fatores explicam uma percentagem de variância total de 47,63, sendo encontrada a distribuição de variância pelos três fatores de 24,41%, 15,37% e 7,85%, respetivamente.

Nas tabelas 4, 5 e 6, localizadas em seguida, podem-se averiguar a distribuição dos itens totais do questionário pelos três diferentes fatores e os valores de saturação encontrados para cada um destes. Na primeira tabela, dispõem-se os valores obtidos no primeiro fator, sendo os treze itens que constituem este fator, os itens da Escala de Ingestão Emocional, enquanto que na tabela seguinte, encontram-se presentes apenas os valores do segundo fator, relativos aos dez itens que fazem parte da Escala de Restrição Alimentar. Por último, o terceiro fator é constituído pelos dez itens restantes do questionário e que correspondem à Escala de Ingestão Externa.

Tabela 4 - Índices de saturação dos itens do DEBQ equivalentes ao fator I, que corresponde à Escala de Ingestão Emocional.

Item	Fator I	Fator II	Fator III
32. Tem desejo de comer quando se sente desapontado ou desiludido?	,763	,045	,071
10. Sente desejo de comer quando alguém o deixa “em baixo”?	,734	,123	,045
13. Tem desejo de comer quando se sente zangado?	,729	,091	,063
23. Sente desejo de comer quando as coisas lhe correm mal ou não lhe correm de feição?	,716	,119	,155
5. Tem desejo de comer quando se sente deprimido ou desanimado	,715	,096	,165
20. Tem desejo de comer quando se sente ansioso, preocupado ou tenso?	,709	,093	,151
25. Tem desejo de comer quando se sente impaciente?	,682	,016	,242
28. Tem desejo de comer quando se sente aborrecido?	,668	-,001	,268
1. Tem desejo de comer quando se sente irritado?	,632	,066	,225
16. Sente desejo de comer quando alguma coisa desagradável está prestes a acontecer?	,631	,019	,165
30. Tem desejo de comer quando se sente amedrontado?	,566	,055	,086
8. Tem desejo de comer quando se sente sozinho?	,533	,099	,177
3. Sente desejo de comer quando não tem nada que fazer?	,421	,008	,414

Tabela 5 - Índices de saturação dos itens do DEBQ equivalentes ao fator II, que corresponde à Escala de Restrição Alimentar.

Item	Fator I	Fator II	Fator III
22. Come menos propositadamente para não aumentar o seu peso?	,056	,848	-,002
26. Com que frequência tenta não comer entre as refeições porque está a controlar o seu peso?	,133	,787	-,003
29. Com que frequência tenta não comer, durante a tarde, porque está a controlar o seu peso?	,174	,759	-,043
7. Com que frequência recusa comida ou bebidas, por estar preocupado com o seu peso?	,070	,758	-,056
31. Toma em consideração o seu peso quando escolhe o que vai comer?	,010	,720	-,067
11. Durante as refeições tenta comer menos do que gostaria de comer?	,137	,703	,054
4. Quando o seu peso aumenta come menos do que o habitual?	,095	,651	-,005
17. Come propositadamente alimentos que fazem emagrecer?	,071	,637	,013
19. Quando come demasiado procura comer menos no dia seguinte?	,145	,633	,012
14. Controla minuciosamente o que come?	-,114	,460	-,076

Tabela 6 - Índices de saturação dos itens do DEBQ equivalentes ao fator III, que corresponde à Escala de Ingestão Externa.

Item	Fator I	Fator II	Fator III
24. Quando passa por uma confeitaria ou “snack-bar” sente desejo de comprar alguma coisa deliciosa?	,141	-,005	,721
9. Se vê ou cheira algo delicioso, sente desejo de o comer?	,113	,028	,711
6. Se a comida cheira bem ou tem bom aspeto, come mais do que o habitual?	,151	-,014	,685
2. Se a comida lhe sabe bem, come mais do que o habitual?	,120	-,086	,680
15. Quando passa por uma padaria apetece-lhe comprar algo delicioso?	,124	-,048	,672
12. Se tem alguma coisa deliciosa para comer come-a de imediato?	,085	-,069	,663
18. Se vê alguém a comer sente também desejo de comer?	,286	,067	,634
33. Quando está a preparar uma refeição apetece-lhe comer (petiscar) alguma coisa?	,103	-,017	,618
27. Come mais do que o habitual quando vê alguém a comer?	,314	,096	,521
21. Consegue resistir a comer alimentos deliciosos?	,159	-,196	,314

2.1.1. a) Homogeneidade das escalas do DEBQ

Como foi referido no ponto anterior, verificou-se a existência de três fatores, obtendo-se um resultado que apoia as três escalas do comportamento alimentar, Ingestão Emocional, Restrição Alimentar e Ingestão Externa. Sujeitou-se os itens de cada escala a uma análise fatorial, de forma a verificar a homogeneidade interna de cada uma das três escalas, concluindo-se pelos resultados a distribuição de apenas um fator em cada escala do DEBQ. Na tabela 7, apresentam-se os valores dos índices de KMO e de Bartlett, para a verificação de que as escalas poderiam ser sujeitas ao processo de análise fatorial.

Tabela 7 - Índices de KMO e de Bartlett para as três escalas do DEBQ

Escala	Número de itens	Número de fatores	KMO	Índice de Bartlett
Escala de Ingestão Emocional	13	1	,94	3762,37
Escala de Restrição Alimentar	10	1	,93	2880,35
Escala de Ingestão Externa	10	1	,89	2095,13

Na Escala de Ingestão Emocional, fator 1 da análise fatorial anterior, foi extraído um fator com eigenvalue superior a 1, que explicava 46,86% da variância. Na escala de Restrição Alimentar, o único fator obtido explicava 50,30% da variância dos resultados. Por último, na terceira escala, a de Ingestão Externa, verificou-se novamente a existência de apenas um fator, explicativo de 42,81% da variância desta escala. Os índices de saturação de cada item das três escalas encontram-se no anexo B, distribuídos em três tabelas: Tabela 8 - Índices de saturação da escala de Ingestão Emocional do DEBQ; Tabela 9 - Índices de saturação da escala de Restrição Alimentar do DEBQ e Tabela 10 - Índices de saturação da escala de Ingestão Externa do DEBQ.

2.1.1. b) Fiabilidade das escalas do DEBQ

Averiguou-se a fiabilidade das escalas alimentares do DEBQ, através da análise dos valores do coeficiente de alfa de Cronbach, que sustentaram a consistência interna de cada uma das três escalas. Os valores obtidos apresentam-se na tabela seguinte. De referir que, a exclusão de algum item de cada escala, não revelou alterações significativas no alfa de Cronbach, de forma a se ponderar a sua remoção.

Tabela 11 - Valores do alfa de Cronbach nas escalas do DEBQ

Escala	Alfa de Cronbach
Escala de Ingestão Emocional	,90
Escala de Restrição Alimentar	,88
Escala de Ingestão Externa	,85

2.1.1. c) Normalidade das escalas do DEBQ

Por último, pretendeu-se investigar a normalidade da distribuição da amostra total, utilizando-se para isso o teste de Kolmogorov-Smirnov. Neste teste coloca-se a hipótese como H0: A distribuição é aproximadamente normal, verificando-se que se a significância for superior a 0,05, a distribuição é normal. Na tabela 12, incluem-se os valores obtidos no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, valores estes que confirmaram que cada fator seguia então uma distribuição normal.

Tabela 12 - Resultados dos testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para as três escalas do DEBQ.

Fator	Kolmogorov-Smirnov
Fator 1 - Escala de Ingestão Emocional	,14
Fator 2 - Escala de Restrição Alimentar	,10
Fator 3 - Escala de Ingestão Externa	,08

2.1.2. Análise Fatorial Exploratória da PCSp

Realizou-se o mesmo processo de análise fatorial utilizado para o estudo da validade do DEBQ, usando-se a amostra total dos participantes. Assim, os quatro itens desta escala foram sujeitos a uma decomposição e extração dos “eixos principais” com rotação varimax. No que diz respeito aos índices de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e do teste de esfericidade Qui ² de

Bartlett, obtiveram-se valores de ,83 e de 1417,62 ($p=,000 <0,05$), respetivamente. Estes valores confirmam a hipótese de se realizar uma análise fatorial no conjunto de dados.

No procedimento de análise fatorial da Escala de Percepção de Competência, extraíram-se os fatores que concordavam com a condição de serem eigenvalues superiores a 1, resultando na obtenção de apenas um fator, o que se encontra de acordo com o processo de validação original e com os resultados da adaptação para a população portuguesa. A variância total explicada por este fator foi de 73,33 %. Na tabela seguinte, número 13, apresentam-se os resultados de saturação de cada um dos quatro itens da escala na análise do componente principal, isto é, em relação ao único fator encontrado.

Tabela 13 - Índices de saturação dos itens da PCSp.

Item	Fator I
3 - Sou capaz de manter permanentemente uma dieta saudável.	,880
2 - Agora sinto-me capaz de manter uma dieta saudável.	,873
1 - Sinto-me confiante na minha capacidade em manter uma dieta saudável.	,850
4 - Sou capaz de enfrentar o desafio de manter uma dieta saudável.	,821

2.1.2. a) Fiabilidade da PCSp

A fiabilidade da escala de Percepção de Competência foi estudada, tendo em conta os resultados obtidos nos valores de alfa de Cronbach. Como se verificou, foi obtido um valor entre os 0,8 e os 0,9, o que resulta num alfa considerado bom e que vem suportar a consistência interna desta escala. De referir que, a exclusão de algum dos quatro itens, não revelou alterações significativas no alfa de Cronbach, de forma a se ponderar a sua remoção. O valor obtido apresenta-se na tabela seguinte.

Tabela 14- Valores do alfa de Cronbach da PCSp

Escala	Número de itens	Alfa de Cronbach
Escala de Percepção de Competência	4	,88

2.1.2. b) Normalidade da PCSp

Em relação ao estudo da normalidade da distribuição da amostra, o teste de Kolmogorov-Smirnov, suportou a hipótese de que esta segue uma distribuição normal, visto que o resultado obtido foi superior a 0,05. Na tabela 15, é exposto o valor de Kolmogorov-Smirnov encontrado através da análise exploratória da normalidade.

Tabela 15 - Resultado do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para a PCSp.

Fator	Kolmogorov-Smirnov
Fator 1 - Escala de Percepção de Competência	,08

2.2. Análise descritiva

Nesta segunda parte do capítulo, serão apresentados alguns dados que não foram ainda citados, optando-se por, anteriormente à apresentação dos resultados da análise correlacional entre variáveis, proceder à exposição de informações estatísticas descritivas. Por fim, serão apresentados os resultados obtidos no Questionário Holandês do Comportamento Alimentar e na Escala de Percepção de Competência.

De sublinhar que, no ponto anterior, onde se realizou a análise das características fatoriais e de validação dos dois instrumentos utilizados neste projeto, a amostra utilizada consistia no número total de participantes da investigação. Nesta parte, irá incidir na análise de dados recolhida no 3º ciclo de ensino.

Fizeram parte do questionário sociodemográfico, características relacionadas com o tipo de alimentação das crianças e jovens em estudo. O número de refeições completas, a realização ou não realização do pequeno-almoço e do lanche e os pratos das principais refeições, o almoço e o jantar, foram quantificados. Com a obtenção de dados, como o peso e a altura, obteve-se ainda o valor de IMC da amostra em estudo.

Relativamente ao número de refeições realizadas ao longo do dia, denotou-se que os participantes afirmam realizar entre duas a oito refeições diárias, sendo a média de $\bar{x} = 4,36$ e um desvio padrão de $\sigma = ,97$. A tabela 16 é constituída pela frequência das refeições (e.g.

número de participantes que referem fazer determinada quantidade de refeições e a percentagem em relação ao total).

Tabela 16 - Frequências e percentagens relativas ao número de refeições realizadas pelos participantes (N=340).

Número de refeições realizadas	Número de participantes	Percentagem (%)
2	9	2,2
3	51	12,4
4	186	45,4
5	122	29,8
6	31	7,6
7	10	2,4
8	1	,2

No que concerne à toma do pequeno-almoço e se os participantes levam lanche da manhã e da tarde para a escola, 371 participantes (90,5%) respondem que sim, enquanto que 39 (9,5%) negam tomar a primeira refeição do dia, 371 (77,3%) dizem levar lanche para a escola, 91 (22,2%) relatam não levar, sobrando 2 participantes (,5%) que respondem “por vezes”. A distribuição dos pratos consumidos ao almoço e jantar pelos participantes é exposta na tabela 17. Verifica-se uma maior frequência de participantes que realizam, tanto ao almoço como ao jantar, uma refeição completa.

Tabela 17 - Distribuição da constituição das refeições de almoço e jantar pelos participantes.

Tipo de pratos	Almoço		Jantar	
	(Número de participantes / %)		(Número de participantes / %)	
Prato principal	59	14,4%	75	18,3%
Sopa	3	,7%	1	,2%
Sobremesa	1	,2%	1	,2%
Sopa e prato principal	85	20,7%	104	25,4%
Prato principal e sobremesa	50	12,2%	64	15,6%
Sopa e sobremesa	0	0%	2	,5%
Refeição completa	212	51,7%	162	39,5%
Não responde	0	0%	1	,2%

Os valores de IMC, níveis que se encontram relacionados com a alimentação dos indivíduos, são, igualmente, importantes de serem referidos. Na amostra do 3º ciclo, a média

do IMC foi de $\bar{x} = 19,84$ e um desvio padrão de $\sigma = 3,29$, tendo sido o menor valor de IMC de 12,54 e o maior de 35. De sublinhar, que é considerado que valores abaixo de 18,5 se referem a um baixo peso, valores entre 18,5 e 24,9 a um peso normal, de 25 a 29,9 a um excesso de peso e valores iguais ou superiores a 30 a uma situação de obesidade. A distribuição de participantes em relação às categorias do IMC encontram-se na tabela 18, sendo que se verifica que a maioria dos participantes se encontra no seu peso normal.

Tabela 18 - Categorização dos participantes em relação ao seu IMC.

Categoria de IMC	Número de participantes	Percentagem (%)
Baixo peso	150	36,6
Normal	233	56,8
Excesso de peso	22	5,4
Obesidade	5	1,2

2.2.1. Resultados gerais do DEBQ e da PCSp

Nas duas tabelas seguintes, 19 e 20, apresentam-se os resultados gerais para as três escalas do DEBQ e para a PCSp, respetivamente. Assim, incluem-se nas duas tabelas, os valores da média, a mediana, o modo (e.g. o menor valor de modo, devido á existência de vários), o desvio padrão e o mínimo e o máximo valor encontrado.

Tabela 19 - Estatística descritiva das escalas do DEBQ (N=410)

	Escala de Ingestão Emocional	Escala de Restrição Alimentar	Escala de Ingestão Externa
Média	1,65	2,13	2,76
Desvio padrão	,81	,93	,74
Mediana	1,38	2,00	2,60
Modo	1,00	1,00	2,30
Mínimo	,23	,80	1,00
Máximo	4,69	4,90	4,80
Variância	,66	,86	,55

Tabela 20 - Estatística descritiva da PCSp (N=410)

Escala de Percepção de Competência	
Média	4,66
Desvio padrão	1,46
Mediana	4,75
Modo	4,00
Mínimo	1,00
Máximo	7,00
Variância	2,14

2.3. Análise inferencial

A análise inferencial constitui a última parte do capítulo da apresentação de resultados, sendo que se debruça sobre a verificação das hipóteses colocadas anteriormente no início da parte empírica desta investigação. Pretende-se assim, através da análise de correlações entre diversas variáveis, compreender melhor as possíveis relações que possam existir, ou pelo contrário verificar a rejeição da hipótese, no tema em questão.

Hipóteses relacionadas com os estilos de comportamento alimentar:

Face às hipóteses 1 e 2, relacionadas com a interligação entre escalas do DEBQ e referentes ao comportamento alimentar, foram postuladas as seguintes suposições:

H1: Os valores de restrição alimentar encontram-se correlacionados positivamente com os níveis de ingestão emocional.

H2: Os níveis de ingestão externa encontram-se correlacionados positivamente com os níveis de ingestão emocional.

Para se verificarem os pressupostos anteriores, realizou-se a associação entre as três escalas do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar, tanto através dos valores de correlação para a amostra total de alunos do 3º ciclo, utilizando-se o teste estatístico “r” de Pearson. Os valores de correlação obtidos, entre as escalas, estão presentes na tabela 21.

A correlação de Pearson assenta na assunção da existência de duas hipóteses, a de H0, em que se supõe que não existe correlação entre as variáveis e a H1 em que se supõe que existe correlação entre as variáveis. Consoante o valor de p rejeita-se ou não H0, sendo que quando $p < 0,05$ rejeita-se H0, o que suporta a correlação entre as variáveis. Pela análise do quadro 21, verifica-se que existe uma correlação significativa entre a Escala de restrição Alimentar e a de Ingestão Emocional e a Escala de Ingestão Externa e a de Ingestão Emocional, visto que $p < 0,05$ nos dois casos, ao nível de 0,01. As Escalas de Restrição Alimentar e de Ingestão Externa não se correlacionam, visto que $p = ,10$, isto é, $p > 0,05$, logo não se rejeita H0 que defende que não existe correlação entre ambas as variáveis. Em relação aos valores de r e ao seu significado, e segundo as normas de Murteira (1993), existe uma correlação positiva, mas fraca, entre a restrição alimentar e a ingestão emocional e uma correlação positiva, moderada, entre a ingestão externa e a ingestão emocional. Estes resultados correlacionais, com base apenas no valor de Pearson positiva, simbolizam uma relação direta, em que quando uma variável aumenta, a outra aumenta identicamente.

Tabela 21 - Resultados do coeficiente de correlação de Pearson para a associação entre as três escalas do DEBQ.

Correlação de Pearson para o total de participantes (N=410)		
	r	p
Restrição Alimentar x Ingestão Emocional	,16	,00
Ingestão Externa x Ingestão Emocional	,51	,00
Restrição Alimentar x Ingestão Externa	-,08	,10

Hipóteses relacionadas com variáveis sociodemográficas e comportamento alimentar:

Em relação aos diversos níveis nas Escalas do DEBQ e a sua relação com o género dos participantes, formularam-se as seguintes afirmações:

H3: Os participantes do sexo feminino apresentam maiores níveis de restrição alimentar.

H4: Os participantes do sexo feminino apresentam maiores níveis de ingestão emocional.

H5: Os participantes do sexo masculino apresentam maiores níveis de ingestão externa.

Utilizou-se o teste “t” de Student para amostras independentes, com o intuito de se averiguar a relação entre as diferenças de género dos participantes com as diferenças nos valores das escalas de Restrição Alimentar, de Ingestão Emocional e de Ingestão Externa. Na tabela 22, encontram-se os resultados médios em cada escala diferenciados em género, onde é possível observar que os participantes do sexo feminino apresentam uma maior média na Escala de Restrição Alimentar e na Escala de Ingestão Emocional. Pelo contrário, são os participantes do sexo masculino que possuem maior média de resultados na Escala de Ingestão Externa, em comparação com o género feminino.

Tabela 22 - Análise descritiva da média e desvio padrão em cada escala do DEBQ em função do género dos participantes.

	Género	N	Média	Desvio padrão
Escala de Restrição Alimentar	Masculino	202	1,99	,84
	Feminino	208	2,27	,99
Escala de Ingestão Emocional	Masculino	202	1,47	,74
	Feminino	208	1,82	,85
Escala de Ingestão Externa	Masculino	202	2,79	,72
	Feminino	208	2,74	,76

Os resultados do teste “t” de Student e do valor de Levene para a associação entre diferenças de género e os resultados nas três escalas, estão na tabela 23. Os valores do teste de Levene concedem informações sobre a homogeneidade das variâncias nos dois grupos que se encontram a teste, sendo que quando o seu nível de significância é menor do que 0,05 se conclui que existem variâncias diferentes nos dois grupos da variável em questão, que, neste caso, é o género. Os valores de Levene foram de 0,07 para a Escala de Restrição Alimentar, de 0,05 para a Escala de Ingestão Emocional e de ,47 para a Escala de Ingestão Externa. Através destes valores, pode-se afirmar que há homogeneidade nas variâncias nos dois grupos, e.g. feminino e masculino, nas escalas de Restrição Alimentar e de Ingestão Externa do DEBQ, visto que os níveis de significância são maiores que 0,005. Por outro lado, na Escala de Ingestão

Emocional, não se assume homogeneidade, visto que o valor foi inferior a 0,05. Assim, na tabela 24, apresentam-se os valores do teste “t” de Student de variâncias iguais assumidas para a Escala de Restrição Alimentar e de Ingestão Externa e de variâncias iguais não assumidas para a Escala de Ingestão Emocional.

Tabela 23 - Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias das escalas alimentares do DEBQ entre diferentes géneros (N=410)

	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
Escala de Restrição Alimentar	-3,12	408	,002
Escala de Ingestão Emocional	-4,53	402,62	,000
Escala de Ingestão Externa	,66	408	,508

Através dos resultados obtidos, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros na Escala de Restrição Alimentar e na Escala de Ingestão Emocional, para um intervalo de 95% de confiança, visto que $p < 0,05$ nos testes “t” Student destas escalas. Na Escala de Ingestão Externa não existem diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do sexo masculino e do sexo feminino, mas parece ser importante referir que é nesta escala que os resultados dos participantes do sexo masculino estão mais perto dos do sexo feminino, chegando a média a ser ligeiramente superior à do sexo feminino. Apesar disso, a diferença é pequena e, por isso, reflete-se no resultado de uma inexistência de diferença significativa entre ambos. Nas duas primeiras escalas, a de Restrição Alimentar e a de Ingestão Emocional verifica-se que existem diferenças entre géneros, sendo a média das participantes do sexo feminino estatisticamente superior à dos rapazes.

No que diz respeito à relação entre os níveis em cada escala do DEBQ com a escolaridade dos participantes na investigação, apresentaram-se as hipóteses:

H6: Os participantes do ano escolar mais avançado apresentam maiores níveis de restrição alimentar.

H7: Os participantes do ano escolar mais avançado apresentam maiores níveis de ingestão emocional.

H8: Os participantes do ano escolar mais avançado apresentam maiores níveis de ingestão externa.

Usou-se, novamente, o teste “t” de Student para amostras independentes, com o intuito de se averiguar a relação entre as diferenças nos níveis de escolaridade com as diferenças nos valores das escalas de Restrição Alimentar, de Ingestão Emocional e de Ingestão Externa. Na tabela 24, apresentam-se os resultados médios em cada escala diferenciados pelo primeiro e último ano do 3º ciclo, não se observando diferenças consideráveis nas médias entre o sétimo e o nono ano. No entanto é possível dizer que, a única escala onde se observa uma maior média no sétimo ano em relação ao nono é na Escala de Restrição Alimentar, sendo que nas outras duas Escalas de Ingestão Emocional e de Ingestão Externa se verifica um valor ligeiramente superior no último ano de escolaridade do 3º ciclo em relação ao primeiro.

Tabela 24 - Análise descritiva da média e desvio padrão em cada escala do DEBQ em função do género dos participantes.

	Ano de escolaridade	N	Média	Desvio padrão
Escala de Restrição Alimentar	7º ano	143	2,09	,91
	9º ano	134	2,07	,96
Escala de Ingestão Emocional	7º ano	143	1,66	,79
	9º ano	134	1,78	,85
Escala de Ingestão Externa	7º ano	143	2,74	,76
	9º ano	134	2,93	,75

Na tabela 25, encontram-se os valores do teste “t” de Student para a correlação entre o sétimo e o nono ano de escolaridade e os resultados nas escalas do DEBQ. Os valores de Levene foram de ,21 para a Escala de Restrição Alimentar, de ,81 para a Escala de Ingestão Emocional e de ,65 para a Escala de Ingestão Externa. Visto que os valores foram todos de $p > 0,05$, assume-se homogeneidade nas variâncias nos dois grupos em estudo. Os valores do teste “t” de Student presentes na tabela 26 são os de variâncias iguais assumidas.

Tabela 25 - Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias das escalas alimentares do DEBQ entre os participantes do sétimo ano e do nono ano (N=277)

	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
Escala de Restrição Alimentar	,12	275	,909
Escala de Ingestão Emocional	-1,24	275	,215
Escala de Ingestão Externa	-2,07	275	,040

Através dos resultados obtidos, observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o sétimo ano de escolaridade e o nono ano de escolaridade na Escala de Ingestão Externa, para um intervalo de 95% de confiança, pois $p < 0,05$. Nas Escalas de restrição Alimentar e de Ingestão Emocional não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois anos de escolaridade.

Por último, estudou-se a associação entre os valores de IMC e os índices das três escalas do comportamento alimentar. Formularam-se as seguintes hipóteses:

H9: O IMC encontra-se associado positivamente com a escala restritiva do comportamento alimentar.

H10: Os níveis de IMC encontram-se associados negativamente com a escala de comportamento alimentar externo.

H11: Maiores níveis de IMC encontram-se associados negativamente com a escala de comportamento alimentar de ingestão emocional.

Voltou-se a utilizar o teste paramétrico “r” de Pearson, de forma a associar cada uma das três escalas do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar aos valores de IMC da amostra no total do 3º ciclo, estando os valores de correlação obtidos, entre as variáveis, tabela 26.

Tabela 26 - Resultados do coeficiente de correlação de Pearson para a associação entre as três escalas do DEBQ e os valores de IMC (N=410).

Correlação de Pearson para o total de participantes (N=410)		
	<i>r</i>	<i>P</i>
IMC x Escala de Restrição Alimentar	,29	,000
IMC x Escala de Ingestão Externa	-,06	,237
IMC x Escala de Ingestão Emocional	,08	,125

Analisando a tabela 26, observa-se que existe uma correlação estatisticamente significativa entre o IMC e a Escala de Restrição Alimentar, na medida em que se observa que $p < 0,05$, rejeitando-se a hipótese de que não existe correlação entre as duas variáveis. Em relação à Escala de Ingestão Externa e à Escala de Ingestão Emocional, não foram obtidos valores que demonstrem correlações entre estes e o IMC e vice-versa, visto que os valores de significância são maiores que 0,05, não se rejeitando a hipótese de que não existe correlação entre as variáveis. Em relação ao tipo de correlação, o valor de *r*, indica que existe uma correlação fraca positiva, em que quanto maior o valor de IMC, maior são os valores de restrição alimentar.

Hipóteses relacionadas com variáveis sociodemográficas e percepção de competência alimentar:

H12: Os participantes do sexo feminino apresentam uma menor percepção de competência alimentar em relação aos participantes do sexo masculino.

Com o objetivo de se estudar a relação entre as diferenças no género comparativamente aos valores de Percepção de competência obtidos no PCSp, aplicou-se o teste “t” de Student. Na tabela 27, apresentam-se os resultados descritivos das médias na Escala de Percepção de Competência diferenciados consoante o género dos participantes.

Tabela 27 - Análise descritiva da média e desvio padrão na PCS em função do gênero dos participantes.

	Gênero	N	Média	Desvio padrão
Escala de Percepção de Competência	Masculino	202	4,73	1,54
	Feminino	208	4,60	1,39

Na tabela 28, verifica-se que, os participantes do sexo masculino apresentam maiores valores de percepção de competência em relação ao seu comportamento alimentar, verificando-se que os rapazes percebem uma maior capacidade de regulação da alimentação em comparação com as raparigas, apesar da média não ser extremamente discrepante entre os participantes de gêneros diferentes. Na tabela 28, é possível examinar o valor do teste “t” de student em relação à correlação entre gêneros na percepção de competência. O valor de Levene foi de ,32, maior do que 0,05, assumindo-se homogeneidade nas variâncias entre os dois gêneros, sendo o valor do teste “t” de Student o de variância igual assumida. Como o resultado de significância foi maior do que 0,05 não é possível afirmar que existam diferenças significativas entre os gêneros na sua percepção de competência, para um intervalo de confiança de 95%.

Tabela 28 - Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias da Escala de Percepção de Competência em relação às diferenças de gênero (N=410)

	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
Escala de Percepção de Competência	,95	408	,35

H13: Os participantes de faixas etárias mais altas apresentam uma maior percepção de competência alimentar em relação aos participantes mais novos.

Apresenta-se em seguida a tabela 29, com os valores descritivos da média e desvio padrão na Escala de Percepção de Competência consoante a idade. Os participantes foram então divididos em dois grupos consoante a média de idades da amostra, que se situa nos 13,55.

Assim, o grupo mais novo é constituído por alunos entre os 12 e os 14, não incluídos, sendo o grupo mais velho, constituído pelos participantes com idades iguais e superiores a 14 anos.

Tabela 29 - Análise descritiva da média e desvio padrão na PCS em função da idade dos participantes.

	Idade	N	Média	Desvio padrão
Escala de Percepção de Competência	Menos de 14	206	4,63	1,54
	Entre 14 e 17	204	4,70	1,38

Para se verificarem as diferenças entre participantes com idades mais altas e participantes de idades mais baixas considerando o valor de Percepção de Competência, utilizou-se o teste “t” de Student, cujos resultados são transmitidos na tabela 30. O valor de Levene foi de ,10, maior do que ,05, assumindo-se homogeneidade nas variâncias entre os dois géneros, sendo o valor do teste “t” de Student o de variância igual assumida. O valor do teste “t” de student em relação à correlação entre diferentes grupos de idades na percepção de competência é de ,641. Como o resultado de significância foi maior do que ,05 não é possível afirmar que existam diferenças significativas entre os participantes mais velhos e os mais novos na sua percepção de competência, para um intervalo de confiança de 95%. Apesar desta situação, na média dos grupos, é possível inferir um pequeno aumento da percepção de competência em relação a idades mais altas, mas não sendo suficiente para se compreender o fenómeno da relação entre idades e percepção de competência.

Tabela 30 - Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias da Escala de Percepção de Competência em relação às diferenças de idade (N=410)

	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Escala de Percepção de Competência	,47	408	,64

H14: Os participantes do nível escolar mais avançado apresentam uma maior percepção de competência alimentar em relação aos participantes dos anos mais baixos.

Na tabela 31, estão presentes os resultados das médias e desvio padrão na Escala de Percepção de Competência, tendo em conta o nível de escolaridade dos participantes. Voltou-se a optar por apenas utilizar os participantes do sétimo e do nono, comparando-os entre si.

Tabela 31 - Análise descritiva da média e desvio padrão na PCS em função do ano de escolaridade dos participantes.

	Nível de Escolaridade	N	Média	Desvio padrão
Escala de Percepção de Competência	7º ano	143	4,61	1,48
	9º ano	134	4,67	1,35

O valor do teste de Levene, calculado através do teste “t” de Student, foi de ,27, o que aponta para uma homogeneidade nas variâncias entre os dois grupos de anos diferentes, sendo o valor de “t”, apresentando na tabela 33, o de variância igual assumida. Similarmente, nesta análise, não se verifica uma diferença estatisticamente significativa entre os anos de escolaridade e a percepção de competência, tendo em atenção que $p > ,05$.

Tabela 32 - Resultados obtidos no teste “t” de Student para a comparação de médias da Escala de Percepção de Competência em relação às diferenças do ano de escolaridade (N=277)

	t	df	p
Escala de Percepção de Competência	-,36	275	,72

H15: Os participantes com valores de IMC mais baixos apresentam uma maior percepção de competência alimentar em relação aos participantes com valores de IMC mais altos.

Para esta hipótese, utilizou-se o teste ANOVA, de forma a comparar as médias de percepção de competência, segundo as categorias do IMC. Na primeira tabela, tabela 33,

apresentam-se os valores da média e do desvio padrão da percepção de competência em função das categorias de IMC dos participantes.

Tabela 33 - Valores da média e desvio padrão na PCS em função do IMC dos participantes (N=410).

	N	Média PCS	Desvio padrão
Categoria do IMC			
Baixo peso	150	4,82	1,53
Normal	233	4,62	1,37
Excesso de peso	22	4,49	1,47
Obesidade	5	2,75	2,37

Em relação aos resultados do teste da ANOVA, estes apresentam-se em seguida na tabela 34.

Tabela 34. Resultados obtidos na ANOVA para comparação de médias da percepção de competência alimentar, segundo o tipo de IMC (N=410).

ANOVA					
	Soma dos Quadrados	df	Quadrado médio	Z	Sig, (p)
Entre Grupos	23,19	3	7,73	3,69	,012
Nos grupos	850,11	406	2,09		

O resultado de significância presente na tabela anterior, o valor de $p=,01$, isto é, $p<0.05$, indica que existe uma diferença estatisticamente significativa num dos grupos em estudo. Como este resultado apenas nos informa de que existem diferenças entre médias em algum ou alguns dos grupos, decidiu-se utilizar em seguida um teste post-hoc sendo o escolhido o teste Tukey. A tabela 35 contém os resultados das comparações múltiplas obtidos através da aplicação deste teste post-hoc, enquanto que na tabela 36 apresentam-se os subconjuntos homogêneos derivados do mesmo teste estatístico.

Tabela 35 - Resultados das comparações múltiplas do teste Tukey post-hoc, na percepção de competência da amostra total, em função das categorias do IMC dos participantes.

Comparações múltiplas				
(I) IMC categorias	(J) IMC categorias	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.
Baixo peso	Normal	,20	,15	,54
	Excesso de peso	,33	,33	,75
	Obesidade	2,07	,66	,01
Normal	Baixo peso	-,20	,15	,54
	Excesso de peso	,13	,32	,98
	Obesidade	1,87	,65	,02
Excesso de peso	Baixo peso	-,33	,33	,75
	Normal	-,13	,32	,98
	Obesidade	1,74	,72	,07
Obesidade	Baixo peso	-2,07	,66	,01
	Normal	-1,87	,65	,02
	Excesso de peso	-1,74	,72	,07

Tabela 36 - Tabela de subconjuntos homogêneos resultantes do teste Tukey post-hoc.

Categorias do IMC	N	Percepção de Competência	
		Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
Obesidade	5	2,75	
Excesso de peso	22		4,49
Normal	233		4,62
Baixo peso	150		4,82
Sig.		1,00	,92

Concluindo, verifica-se uma diferença estatisticamente significativa entre grupos de participantes em função do seu IMC e face à sua percepção de competência. A ANOVA unidirecional assim o comprova ($F(3,46) = 3,69, p = ,01$). Após o teste de ANOVA, realizou-se um teste post-hoc de Tukey que suportou a hipótese de diferenças entre os indivíduos na categoria de IMC de obesidade em relação aos outros três grupos categoriais, baixo peso, normal e excesso de peso, visto que p de correlação entre os diversos grupos é inferior a ,05, o que se pode observar na tabela 36, na última coluna. Estes resultados vêm apoiar a hipótese de que os sujeitos dos grupos com IMC's mais baixos, e.g. baixo peso, peso normal e/ou excesso de peso,

possuem uma melhor percepção de competência, em comparação com os alunos com índices de IMC mais altos, e.g. obesidade.

Hipóteses relacionadas com o comportamento alimentar e a percepção de competência alimentar:

H16: Existe uma relação estatisticamente significativa entre a percepção de competência e a Escala de Restrição Alimentar.

H17: Existe uma relação estatisticamente significativa entre a percepção de competência e a Escala de Ingestão Externa.

H18: Existe uma relação estatisticamente significativa entre a percepção de competência e a Escala de Ingestão Emocional.

O teste paramétrico “r” de Pearson foi novamente selecionado para a investigação da associação entre a Percepção de Competência e as três escalas do DEBQ. Na tabela 37, situam-se os resultados obtidos através da correlação de Pearson na associação destas variáveis na amostra do terceiro ciclo.

Tabela 37 - Resultados do coeficiente de correlação de Pearson para a associação entre as três escalas do DEBQ e a Percepção de Competência (N=410).

Correlação de Pearson para o total de participantes (N=410)		
	<i>r</i>	<i>P</i>
Escala de Restrição Alimentar X Percepção de Competência	,01	,565
Escala de Ingestão Externa X Percepção de Competência	-,30	,000
Escala de Ingestão Emocional X Percepção de Competência	-,27	,000

Analisando a tabela anterior, observa-se que existe uma correlação estatisticamente significativa entre a Escala de Ingestão Externa e a Percepção de Competência e entre a Escala de Ingestão Emocional e a Percepção de Competência e vice-versa, visto que se obteve um

$p=,000$, que é menor que $,05$, rejeitando-se a hipótese de que não existe correlação entre as variáveis. Na Escala de Restrição Alimentar, não se verificou a existência de correlação entre as duas variáveis, através do valor de $p=,565$, superior a $,05$, logo fazendo com que não se possa rejeitar, mas sim aceitar a hipótese da inexistência de correlação entre ambos. Face aos valores de r , conclui-se uma correlação negativa moderada entre a ingestão externa e a percepção de competência e uma correlação negativa fraca entre a escala de ingestão emocional e a percepção de competência, o que nos transmite que quando o valor de uma variável é maior, o outro é menor e vice-versa.

Capítulo III. Discussão dos resultados

Neste terceiro capítulo, procede-se à discussão da temática em função dos resultados obtidos, expostos precedentemente na apresentação da análise estatística dos dados. Irá seguir-se a ordem de temas que se abrangeu nas hipóteses colocadas, 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.

O excesso e o défice de peso, as perturbações alimentares, a prevenção destas e a alteração de comportamentos alimentares de risco têm vindo a ganhar importância, na forma como influenciam a saúde individual e nas consequências para esta, não só a nível temporário, mas crónico. Com as alterações no conceito de saúde e na existência de um maior foco na área comportamental associada aos comportamentos de saúde, a percepção da promoção e as práticas educativas foram também influenciadas. Portanto, tornou-se aceite a conceção de que as doenças, tanto agudas, como crónicas, estarão associadas a fatores de risco que advêm de escolhas comportamentais e que, este facto, deverá estar na base das intervenções nesta problemática (Dias, Duque, Silva & Durá, 2004).

As fases da infância, conjuntamente com o período de adolescência, constituem períodos de grandes mudanças na linha do desenvolvimento da vida de qualquer indivíduo. A compreensão de como os hábitos alimentares se desenvolvem a partir de tão tenras idades revela uma grande importância para a alteração dos hábitos de risco para a saúde e na adoção de comportamentos alimentares saudáveis. O excesso e o défice de peso, as perturbações alimentares, a prevenção destas e a alteração de comportamentos alimentares de risco têm vindo a ganhar importância, na forma como influenciam a saúde individual e nas consequências para esta, não só a nível temporário, mas crónico.

Na fase da adolescência, com as suas múltiplas alterações a diversos níveis, os fatores biológicos atuam como influência nos comportamentos de risco, além dos fatores que já foram anteriormente mencionados no geral, quer seja através das predisposições genéticas, das influências hormonais, da altura das mudanças de puberdade, tal como do desenvolvimento do sistema nervoso central (O'Donohue, Benuto & Tolle, 2013).

Os objetivos principais da investigação relacionam-se com o estudo dos comportamentos alimentares e a percepção de competência alimentar que os participantes possuem, numa amostra de alunos entre o 5º e o 9º ano de escolaridade. A amostra utilizada variou consoante as metas que se pretendiam atingir nas diferentes análises, utilizando-se a amostra total de 689 participantes no estudo das características de validade dos dois

instrumentos principais utilizados nesta dissertação, o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar na versão portuguesa de Viana e Sinde (2003), adaptação da versão original “Nederlandse Vragenlijst Voor Eetgedrag - NVVE”, criada por van Strien, Frijters, Bergers e Defares, e a Escala de Percepção de Competência na versão portuguesa de Mestre e Pais Ribeiro (2008). Variáveis sociodemográficas, como, a idade, o género, o ano de escolaridade e o IMC, resultante do cálculo das variáveis peso e altura, foram, igualmente, sujeitas a uma análise correlacional entre estas e as variáveis medidas pelos dois instrumentos. Na análise descritiva e inferencial, não se utilizou uma amostra constituída pelo número total dos participantes do estudo, mas sim uma amostra constituída pelo 3º ciclo, tendo-se excluído os participantes do segundo ciclo deste nível de análise.

Numa primeira fase, procedeu-se à análise dos dois instrumentos quantitativos fundamentais para este trabalho, de forma a garantir a estabilidade do questionário e da escala, enquanto instrumentos avaliativos dos constructos em estudo. Os resultados obtidos nesta fase vão de encontro aos resultados obtidos por Viana e Sinde (2003), na adaptação e validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar, tanto a nível da análise fatorial encontrada e na distribuição do questionário em três escalas do comportamento alimentar, restritiva, externa e emocional. A validação do questionário neste estudo, encontra-se, identicamente, de acordo com os resultados originais das escalas por Van Strien, Frijters, Bergers e Defares (1986) e por Wardle (1987). Na análise fatorial da Escala de Percepção de Competência, os valores alcançados reforçam a adaptação e validação para a população portuguesa de Mestre e Pais-Ribeiro (2008).

Comparando os resultados alcançados, face ao número de refeições diárias, com os resultados obtidos por Amaral e Melão (2016), numa amostra com crianças portuguesas de faixas etárias um pouco mais baixas e que, observaram, que a maioria das crianças realizava cinco refeições por dia e a segunda maioria quatro, verificam-se valores muito semelhantes aos desta investigação em relação às duas maiores percentagens de refeições. A maioria dos participantes do terceiro ciclo diz ser mais frequente a realização de quatro, sendo que a segunda maioria contabiliza as cinco. Parece, então, mais frequente a realização de quatro a cinco refeições na literatura.

Relativamente às hipóteses colocadas, observa-se uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre a escala de restrição alimentar e a escala de ingestão emocional, o mesmo observado por Viana & Sinde (2003). Explicitando esta relação, os dados sugerem que quanto maior o nível de restrição alimentar, maior é também o nível de ingestão emocional. Este resultado está de acordo com a teoria de Herman e Polivy (1980) de que, quando os indivíduos restritivos estão sujeitos a estados emocionais psicologicamente negativos, passam a consumir de forma completamente oposta ao seu estado de restrição, resultando em comportamentos de alimentação excessiva em função às suas necessidades biológicas nutricionais. Estes resultados sugerem a existência de indivíduos restritivos ineficazes na amostra de participantes, em que os estados negativos emocionais despoletam um consumo

excessivo de alimentos contrapondo-se à intenção restritiva que possa existir, estando de acordo com as proposições e os dados anteriores de Yeomans e Coughlan (2009).

Verifica-se uma correlação estatisticamente significativa entre a Escala de Ingestão Externa e a Escala de Ingestão Emocional, o que propõe que os participantes com maiores valores de ingestão baseada nas características dos alimentos possuem maiores níveis de alimentação regulada através dos seus estados emocionais e /ou vice-versa. Este facto poderá estar relacionado com as consequências a nível emocional através da ingestão alimentar. Hepworth, Mogg, Brignell e Bradley (2010) sublinham a hipótese de que o excesso alimentar poderá resultar do tipo de estado emocional em que os sujeitos se encontram, ou seja, é possível que um estado emocional negativo leve a um maior dispêndio de atenção aos alimentos e a um maior apetite, na tentativa de uma melhoria do humor através da alimentação, esta última informação proposta por Macht, Haupt e Salewsky (2004). Através destes resultados, torna-se indispensável concordar que poderá existir uma relação entre a alimentação e o desejo de eliminar ou diminuir um humor negativo e, similarmente, com a procura de um estado emocional positivo, como foi referido anteriormente por Gibson (2006).

É no género feminino que se encontram maiores evidências de maior restrição alimentar e maior ingestão emocional, na presente investigação. A pesquisa da literatura e de estudos anteriores, vêm suportar estes dados (Viana, 2003). Assim, parece ser possível a afirmação de que, parecem ser as raparigas, a possuir uma maior disposição e vulnerabilidade aos comportamentos alimentares não saudáveis e a uma desregulação alimentar.

Viana e Sinde (2003), no seu estudo, verificaram que os índices de IMC estavam correlacionados positivamente com o comportamento alimentar restritivo, tal como Braet e Van Strien (1997), encontraram diferenças entre os grupos com maior e menor IMC face à escala de restrição alimentar, caso que ocorre nesta investigação. Posteriormente, Viana, Sinde e Saxton (2008), observaram menores níveis de IMC em crianças que apresentavam maiores valores de restrição alimentar, sendo que o presente estudo demonstra resultados opostos, o que poderá estar correlacionado com o que foi anteriormente mencionado, sendo que se coloca a hipótese de que, apesar dos adolescentes da nossa amostra que apresentam níveis elevados de restrição alimentar, serem igualmente os que possuem maiores níveis de massa corporal, são também os que poderão estar mais sujeitos a desenvolverem hábitos excessivos de ingestão com origem num desejo de restringir a sua alimentação, mas existindo uma incapacidade de regularem saudavelmente os seus hábitos de ingestão, resultando numa alimentação considerada desregulada excessivamente em termos nutricionais. Os últimos autores, tal como Webber, Hill, Saxton, Van Jaarsveld e Wardle (2009), encontraram indícios de que crianças com um maior nível de ingestão alimentar externa, apresentaram igualmente maiores valores de peso e conseqüentemente, de IMC.

No que diz respeito à interligação da percepção de competência alimentar com as diferentes escalas do comportamento alimentar, os participantes com menor percepção de

competência sobre a sua capacidade em manter e regular uma alimentação saudável, são também os participantes com maiores valores de ingestão externa e de ingestão emocional, o que seria expectável face aos pressupostos que estão na base destes dois comportamentos alimentares de ingestão. Verifica-se uma menor percepção de competência em relação aos participantes com maiores índices de IMC, relacionando-se com a sua incapacidade de regulação e os consumos excessivos alimentares. De sublinhar a existência de uma alta percepção de competência nos participantes com menor valor de IMC, abaixo do peso ideal, o que nos leva a questionar o significado de competência alimentar, a relevância de não se perceber o conceito de competência como um construto completamente linear e a importância das questões educativas sobre o processo competente de regulação para uma melhor compreensão deste fenómeno pela população em geral.

Conclusões

Considera-se que, a atual pesquisa, possui diversas contribuições para o estudo do comportamento alimentar, realçando a importância do tema dos distúrbios comportamentais nesta faixa etária e, aliando-se a uma melhor compreensão da sua relação com a variável psicológica da percepção de competência em crianças e adolescentes. Este projeto, além de verificar a relação e quais as suas características entre os diversos estilos alimentares e entre estes e a percepção de competência alimentar, procura também identificar os prováveis fatores determinantes e de risco e a verificação da influência e do tipo de efeito que estas variáveis, incluídas no questionário sociodemográfico, possam deter nas duas principais variáveis em questão, o comportamento alimentar e a percepção de competência relacionada com este.

Os resultados vêm suportar estudos já realizados anteriormente e a necessidade da continuação de investigação referente à problemática alimentar e aos seus diversos determinantes para uma melhor visão destes e das suas repercussões a nível da prevenção e promoção de um estilo de vida mais saudável, que pressuponha uma melhor qualidade de vida ao longo do desenvolvimento dos indivíduos e benefícios para o período mais tardio da vida humana, e.g. associado a uma maior esperança de vida. É relevante sublinhar, que, para além da contribuição que um estilo alimentar saudável mantém na esperança de vida, da importância da qualidade de vida ser melhor e no aparecimento e desenvolvimento de doenças transitórias e crónicas, é significativo que, aliada a um maior aumento no número de anos de vida para cada um de nós, deverá sempre estar a qualidade de vida nestes períodos de tempo. Preferentemente a viver mais, está o viver bem e melhor.

Em seguida, apresentam-se as principais conclusões, que, resultam da presente investigação:

- validação dos instrumentos utilizados, o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar e a Escala de Percepção de Competência, demonstra a presença de níveis que sustentam a sua homogeneidade, consistência e normalidade.

- correlação estatisticamente significativa entre a Escala de Restrição Alimentar e a Escala de Ingestão Emocional.

- correlação estatisticamente significativa entre a Escala de Ingestão Externa e a Escala de Ingestão Emocional.

- as Escalas de Restrição Alimentar e de Ingestão Externa não se encontrarem correlacionadas estatisticamente.

- constatação de diferenças estatisticamente significativas entre gêneros nos resultados obtidos na Escala de Restrição Alimentar, sendo a média maior no sexo feminino, em comparação com os resultados obtidos pelos rapazes.

- constatação de diferenças entre os diferentes gêneros na Escala de Ingestão Emocional, voltando a média a ser superior nos participantes do gênero feminino.

- não se verificarem diferenças entre o gênero feminino e o gênero masculino na Escala de Ingestão Externa.

- relação entre os índices de IMC e o comportamento de Restrição Alimentar.

- a não correlação entre os valores de IMC e os índices nas Escalas de Ingestão Externa e de Ingestão Emocional.

- a não constatação de diferenças estatisticamente significativas entre os dois gêneros, em relação à percepção de competência alimentar.

- a não constatação de diferenças entre os participantes mais velhos e os mais novos na sua percepção de competência alimentar, isto é, não existe diferença estatisticamente significativa em relação à percepção de competência em diferentes idades.

- a não existência de desigualdades entre o maior ano de escolaridade e o menor ano de escolaridade, comparativamente aos valores de percepção de competência alimentar.

- a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com os diversos tipos de categorização do IMC, e.g. baixo peso, peso normal, excesso de peso e obesidade, e os seus níveis de percepção de competência. A média obtida na escala de percepção de competência alimentar é relativamente menor nos indivíduos com obesidade em comparação com os adolescentes que constituem as outras categorias de IMC.

- correlação estatisticamente significativa entre o comportamento alimentar de ingestão externa com a percepção de competência alimentar.

- correlação entre a escala de ingestão emocional e a percepção de competência alimentar.

- Através dos resultados obtidos neste estudo, não é possível concluir qualquer correlação entre a escala de restrição alimentar e a percepção de competência.

Concluindo e resumindo, sem alongar no tipo de correlações entre variáveis verificadas, que foram explicitadas no ponto anterior, os resultados principais detêm-se com a verificação de uma correlação entre restrição alimentar e ingestão emocional e entre ingestão externa e ingestão emocional, as diferenças entre gêneros relativamente à existência de maiores probabilidades de restrição alimentar e ingestão emocional no gênero feminino em comparação

com as médias do sexo masculino, as diferenças estatisticamente significativas entre o 7º e o 9º ano do 3º ciclo na escala de ingestão externa, na relação entre os índices de massa corporal e o comportamento de restrição alimentar, as disparidades entre a categoria de IMC dos participantes e a sua percepção de competência, tal como a correlação que se observa entre os dois tipos de comportamento alimentar, o de ingestão externa e o de ingestão emocional, com a percepção de competência. Assim, a nível sociodemográfico, sublinham-se como variáveis que possuem um papel relevante nos comportamentos alimentares e na percepção de competência alimentar, género e IMC.

O presente trabalho é relevante, na medida dos seus contributos, para o estudo do comportamento alimentar e da percepção de competência, principalmente na faixa etária da adolescência, ao nível da análise de prevalência destes dois conceitos multidisciplinares e das associações com outros constructos, permitindo uma melhor compreensão de como o comportamento alimentar e a percepção de competência se relacionam e de como estes se interligam com outras variáveis que caracterizam os participantes e que trazem uma melhor percepção de como estas se podem influenciar, não só unidireccionalmente mas mutuamente, não descartando que se procedeu a uma recolha que também incluiu faixas etárias mais jovens. A procura constante de colocação da postura científica rigorosa em todo o processo de elaboração desta dissertação, no processo de recolha de informação teórica, de planificação e de análise da informação recolhida, em que se avaliam os níveis das variáveis e a análise correlacional com a máxima atenção à tentativa de eliminação total de influências externas, designam o presente projeto.

A caracterização dos níveis avaliados nos questionários utilizados, permite um melhor conhecimento, no que diz respeito às problemáticas investigadas, no respetivo período de desenvolvimento dos participantes em causa. No entanto, o conhecimento que este estudo permite alia-se à importância de como este conhecimento poderá ser utilizado, podendo trazer benefícios a intervenções futuras na área da prevenção e promoção de comportamentos alimentares mais saudáveis, com a integração da percepção de competência e para investigações que se venham a realizar. De referir que, o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar e a Escala de Percepção de Competência, possuem diversos estudos de validade, que comprovam a eficácia dos instrumentos na avaliação dos respetivos fenómenos globalmente e especificamente, na população portuguesa, tendo sido ambos sujeitos a validações e adaptações que constataram a sua fiabilidade e consistência de resultados. Na realização do protocolo de investigação, teve-se em consideração as faixas etárias em questão, utilizando-se linguagem compreensiva e clara.

Para além do que foi mencionado nos dois parágrafos anteriores, no que concerne a outros pontos positivos importantes, sublinha-se a extensão da amostra de participantes que constitui a nossa amostra total, considerando-se que esta é representativa da população a que se refere o estudo. De igual forma, o número equitativo entre rapazes e raparigas, permite que

não existam grandes discrepâncias nas percentagens de géneros, o que permite uma melhor comparação de dados nos dois sexos.

No que diz respeito a limitações da investigação, que aqui se apresenta, apesar de ter-se denotado a necessidade de restringir as análises correlacionais e inferenciais a parte da nossa amostra, a inclusão dos participantes do segundo ciclo de escolaridade poderia trazer vantagens, na medida em que iria ser possível o estudo de um maior intervalo de faixa etária. Parecem, assim, existir dois lados no estudo dos participantes do terceiro ciclo apenas, mas apesar de se poder considerar uma desvantagem, visto que a recolha foi efetuada nesta faixa etária igualmente, teremos a vantagem de se estudar, ainda mais em pormenor, parte da amostra.

A questão do estudo ser quantitativo, tem, inerentes a si as potencialidades de uma investigação deste tipo, não esquecendo as limitações que, igualmente possui. Assim, é impossível nunca se questionar dados recolhidos e resultados obtidos, ocorrendo a probabilidade de terem existido enviesamentos externos ou internos, mesmo tendo existido um cuidado com essa questão. Seria extremamente positivo a criação de uma maior percentagem de estudos quantitativos na área, de forma a equilibrar as informações que já existem sobre o tema, trazendo benefícios, como a possibilidade de novos modelos e visões que possam existir e que, até agora, não tenham sido possíveis de contemplar apenas através de uma metodologia quantitativa. Sem dúvida, que a defesa da utilização de diversas tipologias na análise de uma questão epistemológica, tem vindo a ser um assunto mais debatido face às contribuições de uma escolha desse tipo. Seria assim, interessante, comparar resultados entre as duas tipologias e os seus diferentes processamentos, recolhas e análises, entre outras características distintas.

Como sugestão, seria também interessante, um estudo mais aprofundado das variáveis que, neste projeto, se examinaram, interligando-se este estudo em pormenor com os diversos distúrbios alimentares e com outras perturbações do foro psicológico, alargando os fatores de risco, os fatores determinantes e a recolha de informações sobre as comorbilidades associadas ao tema.

Referências Bibliográficas

- Almeida, L. & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (2ª Ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5ª Ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Alvarenga, M., Antonaccio, C. & Figueiredo, M. (2016). *Nutrição comportamental*. Brasil: Editora Manole.
- Amaral, Â. & Melão, N. (2016). O perfil de saúde de crianças vigiadas em consultas de cuidados primários na cidade de Viseu, Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34 (1), 53-60.
- Appel-Silva, M., Wendt, G. W. & Argimon, I. I. L. (2010). A teoria da autodeterminação e as influências socioculturais sobre a identidade. *Psicologia em Revista*, 16 (2), 351-369.
- Ashcroft, J., Semmler, C., Carnell, S., Van Jaarsveld, C. H. M. & Wardle, J. (2008). Continuity and stability of eating behaviour traits in children. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62 (8), 985-990.
- Baum, A., Revenson, T. A. & Singer, J. E. (ed.) (2012). *Handbook of Health Psychology* (2nd Ed.). New York, NY: Psychology Press.
- Bernardi, F., Cichelero, C. & Vitolo, M. R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, 18 (1), 85-93.
- Birch, L. L. & Fisher, J. O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101 (3 Pt 2), 539-549.
- Bongers, P., van den Akker, K., Havermans, R. & Jansen, A. (2015). Emotional eating and Pavlovian learning: Does negative mood facilitate appetitive conditioning? *Appetite*, 89, 226-236.
- Brannon, L. & Feist, J. (2009). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health* (7th Ed.). Belmont, CA: Wadsworth/ Cengage Learning.
- Brannon, L., Feist, J. & Updegraff, J. (2013). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health* (8th Ed.). Belmont, CA: Cengage Learning.
- Brehm, B. A. (2014). *Psychology of Health and Fitness*. Philadelphia, USA: F.A. Davis Company.

- Brignell, C., Griffiths, T., Bradley, B. P. & Mogg, K. (2009). Attentional and approach biases for pictorial food cues. Influence of external eating. *Appetite*, 52 (2), 299-306.
- Burton, P., Smit, H.J. & Lightowler, H. J. (2004). The influence of restrained and external eating patterns on overeating. *Appetite*, 49 (1), 191-197.
- Calderon, L. L., Yu, C. K. & Jambazian, P. (2004). Dieting practices in high school students. *Journal of the American Dietetic Association*, 104 (9), 1369-1374.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da investigação Guia para a Autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Celich, K. L. S. & Spadari, G. (2008). Estilo de vida e saúde: Condicionantes de um envelhecimento saudável. *Cogitare Enfermagem*, 13 (2), 252-260.
- Chaves, R., Baxter-Jones, A., Souza, M., Santos, D. & Maia, J. (2015). Height, weight, body composition, and waist circumference references for 7 to 17-year-old children from rural Portugal. *Journal of Comparative Human Biology*, 66 (3), 264-277.
- Christensen, A. J., Martin, R. & Smyth, J. M. (2014). *Encyclopedia of Health Psychology*. New York: Springer Science & Business Media.
- Clark-Carter, D. (2004). *Quantitative Psychological Research: A Student's Handbook* (2nd Ed.). New York: Psychology Press.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª Ed.). Coimbra: Almedina.
- Damasceno, M. A. (2011). *Análise das Atitudes Alimentares, Autoimagem Corporal e Percepção de Competência de Bailarinas*. Dissertação em Pós-Graduação em Educação Física, Universidade de Maringá, Brasil.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology*, 49 (3), 182-185.
- Dias, M. R., Duque, A. F., Silva, M. G. & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*, 22 (3), 463-473.
- Elliot, A. J. & Carol S. Dweck, C. S. (2005). Competence and Motivation: Competence as the Core of Achievement Motivation. In Elliot, A. J. & Carol S. Dweck, C. S (eds.), *Handbook of Competence and Motivation*, (3-12). New York: The Guilford Press.
- Fallon, M. (2016). *Writing up Quantitative Research in the Social and Behavioral Sciences*. Rotterdam, The Netherlands: Sense Publishers.

- Fedoroff, I., Polivy, J. & Herman, C.P. (1997). The effect of pre-exposure to food cues on the eating behavior of restrained and unrestrained eaters. *Appetite*, 28, 33-47.
- Fedoroff, I., Polivy, J. & Herman, C.P. (2003). The specificity of restrained versus unrestrained eaters responses to food cues: general desire to eat, or craving for the cued food? *Appetite*, 41, 7-13.
- Ferreira, S., Fernandes, H. & Vasconcelos-Raposo, J. (2007). A relação entre a percepção de competência física, índice de massa corporal e competência efetiva em jovens praticantes de basquetebol. *Motricidade*, 3 (3), 57-72.
- Ferrier, A. G. & Martens, M. P. (2008). Perceived incompetence and disordered eating among college students. *Eating Behaviors*, 9 (1), 111-119.
- Fielding, J. & Kumanyika, S. (2009). Recommendations for the concepts and form of Healthy People 2020. *American Journal of Preventive Medicine*, 37 (3), 255-257.
- French, D., Vedhara, K., Kaptein, A. A. & Weinman, J. (ed.) (2010). *Health Psychology* (2nd Ed.). Chichester: BPS Blackwell/ John Wiley & Sons.
- Friedman, H. S. (ed.) (2011). *The Oxford Handbook of Health Psychology*. New York, NY: Oxford University Press.
- Gallahue, D. & Ozmun, J. C. (2005). *Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos*. São Paulo: Phorte.
- Gibson, E. L. (2006). Emotional influences on food choice: Sensory, physiological and psychological pathways. *Physiology & Behavior*, 89 (1), 53-61.
- Gomes, R., Gonçalves, S. & Costa, J. (2015). Exercise, eating disordered behaviors and psychological well-being: A study with Portuguese adolescents. *Revista Latinoamericana de Psicologia*, 47 (1), 66-74.
- Gunnell, K. E., Crocker, P. R. E., Mack, D. E., Wilson, P. M. & Zumbo. B. D. (2014). Goal contents, motivation, psychological need satisfaction, well-being and physical activity: A test of self-determination theory over 6 months. *Psychology of Sport and Exercise*, 15, 19-29.
- Gunnell, K. E., Crocker, P. R.E., Wilson, P. M., Mack, D. E. & Zumbo, B. D. (2013). Psychological need satisfaction and thwarting: A test of Basic Psychological Needs Theory in physical activity contexts. *Psychology of Sport and Exercise*, 14, 599-607.
- Hagger, M. S., Hardcastle, S. J., Chater, A., Mallett, C., Pal, S. & Chatzisarantis, N. L. D. (2014). Autonomous and controlled motivational regulations for multiple health-related behaviors:

- between- and within-participants analyses. *Health Psychology & Behavioural Medicine*, 2 (1), 565-601.
- Harlow, L. L. (2016). Introduction to the Classic Edition. In Harlow, L. L., Mulaik, S. A. & Steiger, J. H. (Eds.), *What If There Were No Significance Tests?* (Classic Ed.) (xxiii-xlvi). New York: Routledge.
- Harter, S. (1978). Effectance Motivation Reconsidered toward a developmental Model. *Human Development*, (21), 34-64.
- Harter, S. (1982). The Perceived Competence Scale for Children. *Child Development*, 53 (1), 87-97.
- Haynes, C. L., Lee, M.D. & Yeomans, M.R. (2003). Interactive effects of stress, dietary restraint, and desinhibition on appetite. *Eating Behaviors*, 4, 369-383.
- Heidenreich, P. A. (2014). Healthy lifestyles and personal responsibility. *Journal of the American College of Cardiology*, 64 (17), 1786-1788.
- Hepworth, R., Mogg, K., Brignell, C. & Bradley, B. P. (2010). Negative mood increases selective attention to food cues and subjective appetite. *Appetite*, 54 (1), 134-142.
- Herman, C. P., & Polivy, J. (1980). Retrained eating. In A. J. Stunkard (Ed.), *Obesity* (pp. 208-225). Philadelphia: Saunders.
- Hollitt, S., Kemps, E., Tiggemann, M., Smeets, E. & Mills, J. S. (2009). Components of attentional bias for food cues among restrained eaters. *Appetite*, 54 (2), 309-313.
- Holsten, J. E., Deatrick, J. A., Kumanyika, S., Pinto-Martin, J. & Compher, C. W. (2012). Children's food choice process in the home environment. A qualitative descriptive study. *Appetite*, 8 (1), 64-73.
- Hou, R., Mogg, K., Bradley, B.P., Moss-Morris, R., Peveler, R. & Roefs, A. (2011). External eating, impulsivity and attentional bias to food cues. *Appetite*, 56 (2), 424-427.
- Hutcheson, G. D. & Sofroniou, N. (1999). *The multivariate social scientist: Introductory statistics using generalized linear models*. London: Sage Publications.
- Jackson, S. L. (2008). *Research Methods: A Modular Approach*. Belmont, CA: Cengage Learning/Wadsworth.
- Kilander, H. F. (2001). Testing health information of students and adults. *Journal of School Health*, 71 (8), 411-413.

- Konttinen, H., Haukkala, A., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K. & Jousilahti, P. (2009). Eating styles, self-control and obesity indicators. The moderating role of obesity status and dieting history on restrained eating. *Appetite*, 53 (1), 131-134.
- Larsen, J. K., van Strien, T., Eisinga, R., Herman, C. P. & Engels, R. C. M. E. (2007). Dietary restraint: intention versus behavior to restrict food intake. *Appetite*, 49 (1), 100-108.
- Loef, M. & Walach, H. (2012). The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 55 (3), 163-170.
- Machado, B. C., Gonçalves, S. & Machado, P. P. (2003). A two stage epidemiological study of eating disorders in Portugal. Poster apresentado ao Encontro da Eating Disorders Research Society, Ravello, Itália.
- Machado, P. P. P., Soares, I., Sampaio, D., Torres, A. R., Gouveia, J. P. & Oliveira, C. V. (2004). Perturbações Alimentares em Portugal: Padrões de Utilização dos Serviços. *Revista de informação e divulgação científica do NDCA*, 1 (1), 1-8.
- Macht, M., Haupt, C. & Salewsky, A. (2004). Emotions and eating in everyday life: application of the experience-sampling method. *Ecology of Food and Nutrition*, 43 (4), 11-21.
- Maia, J. T. (2003). *Objetivos de Realização, Percepção de Competência, Motivação Intrínseca face à Educação Física e Intenção para Praticar Desporto: Estudo realizado com alunos do 3º ciclo do ensino básico do CAE do Tâmega*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física - Universidade do Porto, Portugal.
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica* (5ª Ed.). São Paulo: Atlas.
- Markowitz, J. T., Butryn, M. L. & Lowe, M. R. (2008). Perceived deprivation, restrained eating and susceptibility to weight gain. *Appetite*, 51 (3), 720-722.
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 65-90.
- Matos, A. P. S. & Sousa-Albuquerque, C. M. (2006). Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: Influência da área de formação. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 647-663.
- McIntyre, T. M., Soares, V. & Silva, S. (1997). Hábitos de saúde e comportamentos de risco na adolescência: Implicações para a prevenção. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2 (2), 219-232.

- Mestre, S., & Pais Ribeiro, J. (2008). Adaptação de três questionários para a população portuguesa baseados na teoria de autodeterminação. In: I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Edts.). *Atas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 623-626). Lisboa: ISPA
- Milyavskaya, M. & Koestner, R. (2011). Psychological needs, motivation, and well-being: A test of self-determination theory across multiple domains. *Personality and Individual Differences*, 50, 387-391.
- Miquelon, P. & Vallerand, R. J. (2008). Goal Motives, Well-Being, and Physical Health: An Integrative Model. *Canadian Psychology*, 49 (3), 241-249.
- 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.
- Murteira, B. J. F. (1993). *Análise exploratória de dado: Estatística Descritiva*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Nahas, M. V., Barros, M. V. G. & Francalacci, V. (2000). O pentáculo do bem-estar - Base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 5 (2), 48-59.
- Naughton, P., McCarthy, M. & McCarthy, S. (2015). Acting to self-regulate unhealthy eating habits. An investigation into the effects of habit, hedonic hunger and self-regulation on sugar consumption from confectionery foods. *Food Quality and Preference*, 46, 173-183.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Perry, C. & Casey, M.A. (1999). Factors influencing food choices of adolescents: findings from focus-group discussions with adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 99 (8), 929-937
- Nijs, I. M. T., Muris, P., Euser, A. S. & Franken, I. H. A. (2010). Differences in attention to food and food intake between overweight/obese and normal-weight females under conditions of hunger and satiety. *Appetite*, 54 (2), 243-254.
- O'Dea, J. A. (2003). Why do kids eat healthful food? Perceived benefits of and barriers to healthful eating and physical activity among children and adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 103 (4), 497-501.
- O'Donohue, W. T., Benuto, L. T. & Tolle, L. W. (2013). *Handbook of Adolescent Health Psychology*. New York, NY: Springer.
- OMS - Organización Mundial de la Salud (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [em linha]. WHO Website. Acedido em 14 de Dezembro, 2015, em http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf.

- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P & Rosado, V. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9 year old Portuguese children. Trends in body mass index from 1972 to 2002. *American Journal of Human Biology*, 16, 670-678.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual- A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows* (3rd Ed.). England: McGraw Hill Companies.
- Papies, E. K., Stroebe, W. & Aarts, H. (2009). Who likes it more? Restrained eaters' implicit attitudes towards food. *Appetite*, 53 (3), 279-287.
- Pelletier, L. G., Dion, S. C., Slovinec-D'Angelo, M. & Reid, R. (2004). Why do you regulate what you eat? Relationships between forms of regulation, eating behaviors, sustained dietary behavior change, and psychological adjustment. *Motivation and Emotion*, 28 (3), 245-277.
- Piqueras-Fiszman, B. & Spence, C. (2014). Colour, pleasantness, and consumption behaviour within a meal. *Appetite*, 75, 165-172.
- Pocinho, M. (1999). *Peso, insatisfação corporal, dietas e patologia alimentar*. Tese de Mestrado não publicada. Instituto Miguel Torga.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (5), 635-644.
- Polivy, J., Herman, C. P. & Coelho, J. S. (2008). Caloric restriction in the presence of attractive food cues: External cues, eating, and weight. *Physiology & Behavior*, 94 (5), 729-733.
- Provencher, V., Polivy, J. & Herman, C. P. (2009). Perceived healthiness of food. If it's healthy, you can eat more! *Appetite*, 52 (2), 340-344.
- Ragin, D. F. (2015). *Health Psychology: An Interdisciplinary Approach to Health* (2nd Ed.). New York, NY: Routledge.
- Roberts, G. C. (2001). Understanding the dynamics of motivation in physical activity: The influence of achievement goals on motivational process. In G. C. Roberts (Ed.), *Advances in motivation in sport and exercise* (pp.1-50). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Rodin, J. (1981). Current status of the internal-external hypothesis for obesity: What went wrong? *The American Psychologist*, 36 (4), 361-372.
- Rohleder, P. (2012). *Critical Issues in Clinical and Health Psychology*. London: Sage Publications.

- Ryan, R. M. & Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (5), 749-761.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25 (1), 54-67.
- 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.
- Satter, E. (2007). Eating Competence: Definition and Evidence for the Satter Eating Competence Model. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39 (5), 142-153.
- Schachter, S. & Rodin, J. (1974). *Obese Humans and Rats*. Hillsdale, NJ.: Erlbaum.
- Schösler, H., de Boer, J. & Boersema, J. J. (2014). Fostering more sustainable food choices: Can Self-Determination Theory help? *Food Quality and Preference*, 35, 59-69.
- Scoffier, S., Gernigon, C. & d'Arripe-Longueville, F. (2012). Effects of achievement goals on self-regulation of eating attitudes among elite female athletes: An experimental study. *Psychology of Sport and Exercise*, 13 (2), 201-207.
- Silva, R. A., Horta, B. L., Pontes, L. M., Faria, A. D., Souza, L. D. M., Cruzeiro, A. L. S. & Pinheiro, R. T. (2007). Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (5), 1113-1118.
- Silva, S. M. C. (2013). Políticas e práticas de promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis nas crianças e jovens do concelho de Torres Vedras. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31 (1), 84-94.
- Snoek, H.M., Engels, R.C.M.E., van Strien, T. & Otten, R. (2013). Emotional, external and restrained eating behaviour and BMI trajectories in adolescence. *Appetite*, 67, 81-87.
- Souza, A. C., Colomé, I. C. S., Costa, L. E. D. & Oliveira, D. L. L. C. (2005). A educação em saúde com grupos na comunidade: Uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26 (2), 147-153.
- Suls, J. M., Davidson, K. W. & Kaplan, R. M. (2011). *Handbook of Health Psychology and Behavioral Medicine*. New York: Guilford Press.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th Ed.). Boston: Allyn and Bacon.

- Tan, C. C. & Chow, C. M. (2014). Stress and emotional eating: The mediating role of eating dysregulation. *Personality and Individual Differences*, 66, 1-4.
- Taylor, S. E. (2016). *Health Psychology*. Acedido em setembro, 1, 2016, em https://books.google.pt/books?id=U0Tej7xjBMIC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
- Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Markland, D., Silva, M. N. & Ryan, R. M. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9 (78).
- Teixeira, P. J., Patrick, H. & Mata, J. (2011). Why we eat what we eat: The role of autonomous motivation in eating behaviour regulation. *Nutrition Bulletin*, 36 (1), 102-107.
- Teixeira, P. J., Silva, M. N., Mata, J., Palmeira, A. L., & Markland, D. A. (2012). Motivation, self-determination, and long-term weight control. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 1-13.
- Timmerman, G. M. & Gregg, E. K. (2003). Dieting, perceived deprivation and preoccupation with food. *Western Journal of Nursing Research*, 25 (4), 405-418.
- Tones, K. (1997) Health education as empowerment. In M. Sidell, L. Jones, J. Katz & A. Peberdy (Eds), *Debates and dilemmas in promoting health - A reading*. London: Macmillan.
- Toral, N. & Slater, B. (2007). Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (6), 1641-1650.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39 (3), 507-514.
- 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.
- Van Strien, T., Frijters, J., Bergers, G., Defares, P. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 295-315.
- Van Strien, T., Herman, C. P., Engels, R. C. M. E., Larsen, J. K. & Van Leeuwe, J. F. J. (2007). Construct validation of the Restraint Scale in normal-weight and overweight females. *Appetite*, 49 (1), 109-121.
- Vaus, D. A. (2001). *Research Design in Social Research*. Great Britain: SAGE Publications Ltd.

- Veenstra, E. M. & de Jong, P. J. (2010). Restrained eaters show enhanced automatic approach tendencies towards food. *Appetite*, 55 (1), 30-36.
- 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.
- Viana, V. & Sinde, S. (2003). Estilo Alimentar: Adaptação e validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8, 59-71.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4 (20), 611-624.
- Viana, V., Candeias, L., Rego, C. & Silva, D. (2009). Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: Uma revisão da bibliografia. *Alimentação Humana*, 15 (1), 9-16.
- Viana, V., Guerra, P., Coelho, A. M., Almeida, P., Guardiano, M., Vaz, R. & Guimarães, J. (2009). Caracterização do estilo alimentar de crianças com perturbações alimentares. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (2), 233-243.
- Viana, V., Santos, P. L. & Guimarães, M. J. (2008). Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 9 (2), 209-223.
- Viana, V., Sinde, S., & Saxton, J. C. (2008). Children's Eating Behaviour Questionnaire: Associations with BMI in Portuguese children. *British Journal of Nutrition*, 100 (2), 445-450.
- Wadhera, D. & Capaldi-Phillips, E. D. (2014). A review of visual cues associated with food on food acceptance and consumption. *Eating Behaviors*, 15 (1), 132-143.
- Wallis, D. J. & Hetherington, M. M. (2004). Stress and eating: the effects of ego-threat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters. *Appetite*, 43 (1), 39-46.
- Walther, M. & Hilbert, A. (2016). Temperament dispositions, problematic eating behaviours and overweight in adolescents. *European Eating Disorders Review*, 24 (1), 19-25.
- Wardle, J. (1987). Eating Style: A validation study of the Dutch Eating Behavior Questionnaire in normal subjects and women with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 161-169.
- Webber, L., Hill, C., Saxton, J., Van Jaarsveld, C. H. M. & Wardle, J. (2009). Eating behaviour and weight in children. *International Journal of Obesity*, 33 (1), 21-28.

- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66 (5), 297-333.
- Wiedemann, A. A. & Saules, K. K. (2013). The relationship between emotional eating and weight problem perception is not a function of body mass index or depression. *Eating Behaviors*, 14 (4), 525-528.
- Yeomans, M. R. & Coughlan, E. (2009). Mood-induced eating. Interactive effects of restraint and tendency to overeat. *Appetite*, 52 (2), 290-298.

ANEXOS

Anexo A - Saturação dos itens da primeira análise Fatorial do DEBQ.

Tabela 3 - Índices de saturação dos itens do DEBQ

Itens	Fator I	Fator II	Fator III	Fator IV	Fator V	Fator VI
13. Tem desejo de comer quando se sente zangado?	,757	,091	,048	-,030	,103	-,197
10. Sente desejo de comer quando alguém o deixa “em baixo”?	,755	,136	,042	,010	-,081	-,004
5. Tem desejo de comer quando se sente deprimido ou desanimado?	,750	,110	,155	,033	-,084	-,112
32. Tem desejo de comer quando se sente desapontado ou desiludido?	,737	,056	,074	,011	,079	,252
20. Tem desejo de comer quando se sente ansioso, preocupado ou tenso?	,689	,096	,149	-,014	,173	,126
23. Sente desejo de comer quando as coisas lhe correm mal ou não lhe correm de feição?	,676	,126	,118	,060	,457	-,052
25. Tem desejo de comer quando se sente impaciente?	,663	,040	,233	,112	,013	,199
28. Tem desejo de comer quando se sente aborrecido?	,662	,018	,266	,083	-,042	,179
1. Tem desejo de comer quando se sente irritado?	,661	,067	,212	-,012	,077	-,183
16. Sente desejo de comer quando alguma coisa desagradável está prestes a acontecer?	,585	,017	,141	,014	,468	,037
8. Tem desejo de comer quando se sente sozinho?	,542	,139	,162	,189	-,250	,104
3. Sente desejo de comer quando não tem nada que fazer?	,430	,054	,372	,299	-,119	-,079
22. Come menos propositadamente para não aumentar o seu peso?	,038	,848	,003	-,071	,004	,030
26. Com que frequência tenta não comer entre as refeições porque está a controlar o seu peso?	,111	,793	-,013	-,020	,085	-,034

29. Com que frequência tenta não comer, durante a tarde, porque está a controlar o seu peso?	,133	,780	-,080	,095	,210	-,096
7. Com que frequência recusa comida ou bebidas, por estar preocupado com o seu peso?	,043	,751	-,045	-,109	,062	,090
31. Toma em consideração o seu peso quando escolhe o que vai comer?	,008	,709	-,047	-,140	-,062	,035
11. Durante as refeições tenta comer menos do que gostaria de comer?	,130	,709	,048	-,017	,001	-,049
4. Quando o seu peso aumenta come menos do que o habitual?	,088	,668	,002	,018	-,210	,118
19. Quando come demasiado procura comer menos no dia seguinte?	,153	,641	,033	-,053	-,268	,130
17. Come propositadamente alimentos que fazem emagrecer?	,048	,624	,003	-,092	,279	-,131
24. Quando passa por uma confeitaria ou “snack-bar” sente desejo de comprar alguma coisa deliciosa?	,136	-,021	,744	-,050	,068	,168
9. Se vê ou cheira algo delicioso, sente desejo de o comer?	,143	,023	,714	,024	-,030	-,092
15. Quando passa por uma padaria apetece-lhe comprar algo delicioso?	,110	-,066	,693	-,050	,134	,182
33. Quando está a preparar uma refeição apetece-lhe comer (petiscar) alguma coisa?	,149	-,041	,657	-,131	-,182	,039
6. Se a comida cheira bem ou tem bom aspeto, come mais do que o habitual?	,184	,004	,653	,179	-,013	-,265
12. Se tem alguma coisa deliciosa para comer come-a de imediato?	,083	-,052	,642	,177	,032	-,026
2. Se a comida lhe sabe bem, come mais do que o habitual?	,173	-,066	,639	,207	-,052	-,400
18. Se vê alguém a comer sente também desejo de comer?	,239	,076	,620	,116	,264	,178
27. Come mais do que o habitual quando vê alguém a comer?	,223	,124	,482	,245	,409	,269
21. Consegue resistir a comer alimentos deliciosos?	,100	-,105	,206	,654	,131	-,085
14. Controla minuciosamente o que come?	-,053	-,363	-,008	-,649	,097	-,163
30. Tem desejo de comer quando se sente amedrontado?	,503	,080	,097	,091	-,002	,539

Anexo B - Homogeneidade das escalas do DEBQ: Índices de saturação

Tabela 8 - Índices de saturação da Escala de Ingestão Emocional do DEBQ

Item	Fator I
32. Tem desejo de comer quando se sente desapontado ou desiludido?	,752
5. Tem desejo de comer quando se sente deprimido ou desanimado	,744
23. Sente desejo de comer quando as coisas lhe correm mal ou não lhe correm de feição ?	,735
10. Sente desejo de comer quando alguém o deixa “em baixo”?	,730
20. Tem desejo de comer quando se sente ansioso, preocupado ou tenso?	,730
13. Tem desejo de comer quando se sente zangado?	,728
25. Tem desejo de comer quando se sente impaciente?	,724
28. Tem desejo de comer quando se sente aborrecido?	,719
1. Tem desejo de comer quando se sente irritado?	,674
16. Sente desejo de comer quando alguma coisa desagradável está prestes a acontecer?	,649
8. Tem desejo de comer quando se sente sozinho?	,572
30. Tem desejo de comer quando se sente amedrontado?	,563
3. Sente desejo de comer quando não tem nada que fazer?	,526

Tabela 9 - Índices de saturação da Escala de Restrição Alimentar do DEBQ

Item	Fator I
22. Come menos propositadamente para não aumentar o seu peso?	,849
26. Com que frequência tenta não comer entre as refeições porque está a controlar o seu peso?	,799
29. Com que frequência tenta não comer, durante a tarde, porque está a controlar o seu peso?	,780
7. Com que frequência recusa comida ou bebidas, por estar preocupado com o seu peso?	,760
31. Toma em consideração o seu peso quando escolhe o que vai comer?	,716
11. Durante as refeições tenta comer menos do que gostaria de comer?	,714
4. Quando o seu peso aumenta come menos do que o habitual?	,662
19. Quando come demasiado procura comer menos no dia seguinte?	,650
17. Come propositadamente alimentos que fazem emagrecer?	,642
14. Controla minuciosamente o que come?	,435

Tabela 10 - Índices de saturação da Escala de Ingestão Externa do DEBQ

Item	Fator I
24. Quando passa por uma confeitaria ou “snack-bar” sente desejo de comprar alguma coisa deliciosa?	,735
9. Se vê ou cheira algo delicioso, sente desejo de o comer?	,718
6. Se a comida cheira bem ou tem bom aspeto, come mais do que o habitual?	,702
18. Se vê alguém a comer sente também desejo de comer?	,693
15. Quando passa por uma padaria apetece-lhe comprar algo delicioso?	,685
2. Se a comida lhe sabe bem, come mais do que o habitual?	,682
12. Se tem alguma coisa deliciosa para comer come-a de imediato?	,659
33. Quando está a preparar uma refeição apetece-lhe comer (petiscar) alguma coisa?	,624
27. Come mais do que o habitual quando vê alguém a comer?	,602
21. Consegue resistir a comer alimentos deliciosos?	,361