



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Relação entre Comportamento Alimentar e Autoeficácia Alimentar em Crianças e Adolescentes

Cindy Gomes Lopes

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

Orientadora: Prof. ^a Doutora Sandra Carina Guimarães
Co-orientadora: Prof. ^a Doutora Ludovina Maria de Almeida Santos

Covilhã, outubro de 2016

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.
(Martin Luther King)

Dedicatória

Aos meus Pais, porque foi com e por vocês!

Agradecimentos

Aos meus pais, pelo amor e apoio incansável demonstrado ao longo de todo este percurso.

A todos os meus amigos, em especial ao Daniel e à Miriam por acreditarem sempre em mim.

Ao meu irmão, que apesar de longe está sempre por perto.

A todos os meus colegas de turma, pela partilha de conhecimentos e experiências.

À minha Orientadora, Prof.^a Doutora Sandra Carina Guimarães e Coorientadora Prof.^a Doutora Ludovina Maria de Almeida Santos pelo acompanhamento e partilha de conhecimentos.

Aos participantes que contribuíram para a realização da presente investigação.

Um sincero Obrigado a todos!

Resumo

Introdução: A presente investigação prende-se com a compreensão do comportamento alimentar como fator importante na prevenção de problemáticas relacionadas com a saúde. A autoeficácia, em particular a alimentar, ainda que não se possa considerar uma dimensão do comportamento alimentar, tem sido frequentemente associada à perda de peso e considerada um bom preditor do comportamento alimentar, emergindo deste modo o desenvolvimento de estratégias de prevenção e promoção da saúde em fases precoces, nomeadamente na adolescência (Alves, 2014).

Metodologia: O grupo de participantes da presente investigação, é constituído por 406 estudantes do 3.ºCiclo, destes 200 são do sexo masculino (49,3 %) e 206 do sexo feminino (50,7 %). A média de idades dos constituintes da amostra em estudo é 13,53 (DP= 1,117). O protocolo de investigação, é constituído primeiramente pelo Questionário de Dados Sociodemográfico, seguido da Escala de Autoeficácia Alimentar Global (EAEAG), destinado a avaliar aspetos gerais de autoeficácia face à alimentação e o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QCA), para avaliar o estilo/comportamento alimentar.

Resultados: Os resultados apontam para uma correlação positiva entre o IMC e a Ingestão Emocional ($r_{ho}=,147$; $p=,003$) e a Restrição Alimentar ($r_{ho}=.253$; $p=.000$), e uma correlação fraca, estatisticamente não significativa, com a Ingestão Externa. Relativamente a existência de uma associação entre o IMC e a Autoeficácia Alimentar, é possível aferir a existência de uma correlação negativa ($r_{ho}=-.148$; $p=.003$), o que significa que maiores níveis de IMC estão associados a menor perceção de Autoeficácia Alimentar e vice-versa. Por último, os resultados encontrados acerca da correlação entre o Comportamento Alimentar e a Autoeficácia Alimentar, esta foi apenas encontrada na Ingestão Emocional ($r=-.270$; $p=.000$) e Externa ($r=-.208$; $p=.000$).

Conclusões: Desta forma procuramos com este estudo contribuir para o conhecimento científico do comportamento alimentar, isto é o desenvolvimento de estratégias e programas de prevenção e promoção da saúde bem como de combate ao excesso de peso. Assim, a presente investigação objetivou aprofundar o conhecimento acerca do papel da Autoeficácia Alimentar no Comportamento Alimentar, no entanto os resultados obtidos exigem prudência na respetiva interpretação e generalização dos resultados obtidos, assim como a respetiva interpretação posterior destes. Segundo a OMS, tanto a obesidade como outras doenças crónicas relativas ao comportamento alimentar tem sido cada vez mais observadas em crianças e adolescentes, imergindo deste modo o desenvolvimento de estratégias de prevenção e promoção da saúde nestas faixas etárias. Isto é, a prevenção na idade escolar pode auxiliar na prevenção e progressão da epidemia do excesso de peso na população adulta

(Magarey, 2003 citado por Morais, 2016). Assim, concluímos que emerge a necessidade de aprofundamento desta temática, dado que a Autoeficácia, definida como uma variável cognitiva de cariz motivacional, está intimamente ligada à saúde e à adoção de estilos de vida saudáveis, sendo esta determinante na adesão em comportamentos de saúde.

Palavras-chave

Autoeficácia, Comportamento Alimentar, Ingestão Emocional, Restrição Emocional, Ingestão Externa, IMC, Adolescência.

Abstract

Introduction: This research relates to understanding eating behavior as a major factor in preventing problems related to health. The self-efficacy, particularly food, although can not be considered a dimension of eating behavior has often been associated with weight loss and considered a good predictor of eating behavior, emerging this way the development of prevention and health promotion strategies in the early stages, particularly in adolescence (Alves, 2014).

Methodology: Participated in this research 406 3° Ciclo students, 200 of which are male (49.3%) and 206 female (50.7%). The mean ages of the constituents of the sample under study is 13.53 (SD = 1.117). The research protocol is primarily made up of the sociodemographic data questionnaire, followed by the Global Food Self-efficacy Scale (GFSES), to assess general aspects of self-efficacy against the power and the Dutch Questionnaire Feeding Behavior (QFB), to evaluate the style / eating behavior.

Results: The results show a positive correlation between BMI and Emotional Ingestion ($\rho = .147$; $p = .003$) and food restriction ($\rho = .253$, $p = .000$), and a weak correlation, statistically significant with the external intake. Regarding the existence of an association between BMI and Food Self-efficacy, it is possible to determine the existence of a negative correlation ($\rho = -.148$; $P = .003$), which means higher BMI levels are associated with lower perception of Food self-efficacy and vice versa. Finally, the results about the correlation between the Feeding Behavior and Food Self-efficacy, this was only found in the emotional intake ($r = -.270$; $P = .000$) and external ($r = -.208$; $P = .000$).

Conclusions: In this way, we seek with this study contribute to the scientific knowledge of feeding behavior, i.e. the development of strategies and prevention and health promotion as well as to combat overweight programs. Thus, this research aimed to deepen the knowledge about the role of Food Self-efficacy in Feeding Behavior, however the results require caution in respective interpretation and generalization of the results, such as its subsequent interpretation of these. According to World Health Organization (WHO), both obesity and other chronic diseases related to eating behavior has been increasingly seen in children and adolescents, thereby immersing the development of prevention and health promotion strategies in these age groups. That is, the prevention of school age can help prevent and progression of overweight epidemic in the adult population (Magarey 2003 cited by Morais, 2016). Thus, we conclude that emerges the need for deepening this issue, as the Self-efficacy, defined as a cognitive variable motivational nature, is closely linked to health and the adoption of healthy lifestyles, which is determinant in adherence in health behaviors.

Keywords

Self-efficacy, Feeding Behavior, Emotional intake, Emotional Constraint, External intake, BMI, Adolescence.

Índice

Lista de Figuras	Pág. xv
Lista de Tabelas	Pág. xvii
Lista de Acrónimos	Pág. xix
Introdução	Pág. 1
Capítulo I. Revisão da Literatura	Pág. 3
1. Enquadramento Teórico	Pág. 3
1.1 Comportamento Alimentar	Pág. 3
1.2 Autoeficácia Alimentar	Pág. 8
Capítulo II. Metodologia	Pág. 15
2.1 Introdução	Pág. 15
2.2 Participantes	Pág. 16
2.3 Instrumentos	Pág. 19
2.3.1 Questionário Sociodemográfico	Pág. 19
2.3.2 Escala de Autoeficácia Alimentar Global (EAEAG)	Pág. 20
2.3.3 Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QCA)	Pág. 21
2.4 Procedimentos	Pág. 25
Capítulo III. Resultados	Pág. 27
3.1 Comportamento Alimentar, Autoeficácia Alimentar e IMC	Pág. 27
3.1.1 Estilo Alimentar: Restritivo, Externo e Emocional	Pág. 27
3.1.2 Autoeficácia Alimentar	Pág. 30
3.1.3 Índice de Massa Corporal (IMC)	Pág. 31
3.2 Resultados dos Testes de Hipóteses	Pág. 32
3.2.1 Comportamento Alimentar e Autoeficácia Alimentar	Pág. 32
3.2.2 Índice de Massa Corporal (IMC e Comportamento Alimentar	Pág. 34
3.2.3 Índice de Massa Corporal (IMC) e Autoeficácia Alimentar	Pág. 34
Capítulo IV. Discussão dos Resultados e Conclusões	Pág. 39
Referências Bibliográficas	Pág. 43

Lista de Figuras

- Figura 1** Distribuição dos 406 sujeitos segundo o número de refeições completas realizadas diariamente
- Figura 2** Distribuição dos 406 sujeitos segundo o resultado obtido na subescala Ingestão Emocional
- Figura 3** Distribuição dos 406 sujeitos segundo o resultado obtido na subescala Ingestão Externa
- Figura 4** Distribuição dos 406 sujeitos segundo o resultado obtido na subescala Restrição Alimentar
- Figura 5** Distribuição dos 406 sujeitos segundo o resultado obtido na EAEAG

Lista de Tabelas

- Tabela 1** Medidas de classificação do IMC segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)
- Tabela 2** Estatística descritiva da amostra, segundo o sexo e a idade
- Tabela 3** Estatística descritiva da amostra, segundo às habilitações literárias dos sujeitos inquiridos
- Tabela 4** Estatística descritiva da amostra, segundo os pratos que incluem nas refeições
- Tabela 5** Valores de Alfa de Cronbach da EAEAG
- Tabela 6** Tabela 5 Valores de Alfa de Cronbach do QCA
- Tabela 7** Pesos fatoriais dos 33 itens organizados e distribuídos pelos três fatores (Viana & Sinde, 2003)
- Tabela 8** Pesos fatoriais dos 33 itens organizados e distribuídos pelos três fatores
- Tabela 9** Estatística descritiva do QCA por subescalas
- Tabela 10** Estatística descritiva da EAEAG
- Tabela 11** Estatística descritiva da amostra, segundo a classificação do IMC pela OMS
- Tabela 12** Coeficiente de correlação de Spearman entre a classificação do IMC e a subescala Ingestão Emocional
- Tabela 13** Coeficiente de correlação de Spearman entre a classificação do IMC e a subescala Restrição Alimentar
- Tabela 14** Coeficiente de correlação de Spearman entre a classificação do IMC e a subescala Ingestão Externa
- Tabela 15** Coeficiente de correlação de Spearman entre a classificação do IMC e a Autoeficácia
- Tabela 16** Coeficiente de correlação de Pearson entre a subescala Ingestão Emocional e a Autoeficácia
- Tabela 17** Coeficiente de correlação de Pearson entre a subescala Ingestão Externa e a Autoeficácia
- Tabela 18** Coeficiente de correlação de Pearson entre a subescala Restrição Alimentar e a Autoeficácia
- Tabela 19** Coeficiente de correlação de Spearman entre o Comportamento Alimentar e o IMC
- Tabela 20** Coeficiente de correlação de Pearson entre o Comportamento Alimentar e a Autoeficácia

Lista de Acrónimos

IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
KMO	Índice de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin
Test K-S	Teste Kolmogorov-Smirnov
DP	Desvio-Padrão
n	Número de participantes/Frequência Absoluta
%	Porcentagem
p	Valor de Probabilidade
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
EAEAG	Escala de Autoeficácia Alimentar Global
QCA	Questionário Holandês do Comportamento Alimentar

Introdução

A presente investigação prende-se com a compreensão do comportamento alimentar como fator importante na prevenção de problemáticas relacionadas com a saúde. A autoeficácia, em particular a alimentar, ainda que não se possa considerar uma dimensão do comportamento alimentar, tem sido frequentemente associada à perda de peso e considerada um bom preditor do comportamento alimentar, emergindo deste modo o desenvolvimento de estratégias de prevenção e promoção da saúde em fases precoces, nomeadamente na adolescência (Alves, 2014).

Posto isto, a presente investigação pretende estudar o comportamento alimentar, a autoeficácia e o IMC nesta faixa etária, a fim de proporcionar um melhor auxílio aos profissionais de saúde, mais concretamente, na concentração da intervenção nos preditores por forma a melhorar os tratamentos para combater o excesso de peso ou o desenvolvimento de estratégias de prevenção e promoção da saúde.

Como objetivo geral é delineado o seguinte: Investigar e compreender a relação entre o Comportamento Alimentar e a Autoeficácia Alimentar em Crianças e Adolescentes. É importante referir que para o cumprimento deste, analisamos a relação nas três dimensões constituintes do comportamento alimentar: a Restrição Alimentar, a Ingestão Emocional e a Ingestão Externa. Um outro objetivo em estudo é averiguar a relação das variáveis supramencionadas com o Índice de Massa Corporal (IMC) das crianças e adolescentes.

Assim a presente dissertação encontra-se dividida em quatro Capítulos. No Capítulo I, intitulado Revisão da Literatura, realizamos um breve enquadramento teórico das variáveis em estudo assim como dos estudos e respetivas conclusões acerca dos mesmos. Relativamente ao Capítulo II, intitulado de Metodologia fazemos referência à metodologia empregue na realização da presente investigação. Este incluindo a formulação de hipóteses a testar, critérios para a seleção da amostra e respetiva caracterização, descrição do protocolo de investigação utilizado e procedimentos de recolha e tratamento de dados. Por sua vez, o Capítulo III, denominado Resultados, procedemos à apresentação dos resultados obtidos, através das análises estatísticas para os dados recolhidos. Estes são apresentados em duas partes, começando por apresentar os resultados descritivos das três variáveis em estudo: Comportamento Alimentar, Autoeficácia Alimentar e Índice de Massa Corporal (IMC). Seguido dos resultados das análises das hipóteses de investigação, formuladas a partir da revisão da literatura apresentada no Capítulo I. Por último, e no que respeita ao Capítulo IV, designado de Discussão de Resultados e Conclusões, este aborda três questões específicas primeiramente a discussão dos resultados obtidos no Capítulo III, seguido das limitações inerentes à presente investigação e por último as questões referentes à possibilidade de investigações futuras acerca desta temática.

Capítulo I. Revisão da Literatura

1. Enquadramento Teórico

1.1 Comportamento Alimentar

O comportamento alimentar constitui um dos principais temas da atualidade, com grande impacto na qualidade de vida do indivíduo desde a infância. De acordo com a literatura, este período do desenvolvimento humano tem um papel predominante no comportamento alimentar quer nas preferências quer nos padrões alimentares que são adotados na idade adulta (Birch & Fisher, 1998; Marques, Vaquinhas, Luzio & Martins, 2011). Para Rossi, Moreira e Rauen (2008), a alimentação na infância não só é importante para o crescimento e desenvolvimento do indivíduo como é considerado um dos principais fatores de prevenção de doenças na fase adulta. De facto, é consensual na literatura que alterações no comportamento alimentar previnem o aparecimento de doenças e promovem a saúde do indivíduo (Melo & Tapadinhas, 2012; Ramos & Stein, 2000). Assim, atualmente o estudo do comportamento alimentar ocupa um papel central na prevenção ou até mesmo tratamento de doenças crónicas associadas à alimentação desadequada (Passos, Gigante, Maciel & Matijasevich, 2015; Rossi, Moreira & Rauen, 2008). Deste modo, é claramente evidente a importância de compreender este comportamento, assim como os fatores associados ao mesmo (Melo & Tapadinhas, 2012).

A este propósito Viana (2002) refere que a escolha da adoção de comportamentos alimentares saudáveis resulta por um lado do acesso à informação nutricional e por outro, das preferências alimentares individuais, comportamentos e atitudes apreendidas pelos familiares, assim como diversos fatores de natureza psicológica e social relacionados com aspetos de cariz qualitativo e quantitativo inerentes à seleção e posterior decisão dos alimentos a consumir. Para Morgado (2006 citado por Melo & Tapadinhas, 2012), o desenvolvimento e conseqüente aquisição do comportamento alimentar provem da interação entre um conjunto de fatores, nomeadamente fatores psicológicos, cognitivos, familiares e sociais, e define-se como um processo evolutivo. Assim, o processo de aprendizagem do comportamento não resulta apenas da predisposição biológica mas também de fatores internos e externos aos indivíduos (Ramos & Stein, 2000). De acordo com Frutuosa (2015) a literatura mais recente tem-se debruçado exatamente sobre o estudo desses fatores.

Assim, Hamilton e colaboradores (2000 citado por Viana & Leal, 2013) destacam três modelos teóricos que objetivam identificar os determinantes das escolhas alimentares dos indivíduos. No modelo de Khan, conceptualizado em 1981, os determinantes do comportamento alimentar são os seguintes: fatores intrínsecos relativos ao alimento a consumir, fatores pessoais, fatores culturais e religiosos, fatores biológicos e psicológicos, fatores extrínsecos ou até mesmo socioeconómicos. Por sua vez, Rendall e Sanjun (1981

citado por Viana & Leal, 2013) também procuram identificar quais os fatores que influenciam a seleção dos alimentos a consumir. Assim, estes contemplam por um lado características inerentes aos alimentos e ao indivíduo, assim como do meio em que o mesmo se encontra inserido. Por último, Boothe e Shepherd (1988 citado por Viana & Leal, 2013), conceptualizam um modelo que caracterizam como uma síntese dos dois anteriormente descritos. Estes descrevem fatores internos e externos na seleção dos alimentos a consumir, destacando fatores inerentes aos próprios alimentos e à percepção do indivíduo no momento da ingestão dos mesmos.

No estudo do comportamento alimentar para além dos fatores já referidos, a obesidade é também um dos temas com maior foco por parte dos investigadores, em particular pelas proporções epidémicas que a mesma tem atingido, assim como o aumento exponencial, sendo atualmente considerada um dos mais preocupantes problemas de saúde pública do século XXI (Rito, Paixão, Carvalho & Ramos, 2010). A obesidade é caracterizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um acumular anormal ou excessivo de gordura corporal, capaz de comprometer a saúde dos indivíduos (Leitão, 2011). Sabe-se ainda que este aumento é preocupante, pelo vasto leque de patologias que lhe estão associadas, nomeadamente a diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares ou oncológicas (Correia, 2013). Destaca-se ainda que as patologias supramencionadas apresentam atualmente maior morbidade e mortalidade (Silva & Sinde, 2008).

A medida mais frequentemente utilizada para a avaliação do excesso de peso e obesidade é o Índice de Massa Corporal (IMC). O IMC, segundo a OMS (1995 citado por Onis & Habicht, 1996), é considerado um método barato, não invasivo e de simples aplicação. Sendo este aplicado universalmente, é considerado uma boa medida para avaliar o excesso de peso e a obesidade. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), este resulta dos valores de crescimento, mais precisamente da avaliação do peso e estatura. Assim a avaliação nutricional é efetuada com base no IMC, calculado da seguinte forma: divisão do peso (Kg) pela altura (m), elevado ao quadrado ($\text{Peso} / (\text{Altura}^2)$) (Cardoso, 2013).

Na Tabela 1, encontram-se os valores, segundo a OMS, das medidas de classificação do Índice de Massa Corporal (IMC).

Tabela 1:

Medidas de classificação do IMC segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)

Classificação	IMC
Baixo Peso	<18
Peso Normal	18-24,99
Excesso de Peso	25-29,99
Obesidade de Grau I	30-34,99
Obesidade de Grau II	35-39,99
Obesidade Mórbida	> ou = 40

O comportamento alimentar surge de três teorias distintas referentes à obesidade, nomeadamente: a Teoria Psicossomática, Teoria da Externalidade e, por último, a Teoria da Restrição (Rebelo & Leal, 2007; Viana, Candeias, Rego & Silva, 2009).

Posto isto, e fazendo, em seguida, uma breve explicação dos pressupostos que assentam nas mesmas, a Teoria Psicossomática resulta de uma perspetiva psicanalítica, desenvolvida por Bruch em 1964 (Rebelo & Leal, 2007), tem como foco a ingestão emocional e defende que os indivíduos, face a estados emocionais negativos, tendem a desenvolver episódios de hiperfagia (Viana, 2014). Considera-se como hiperfagia a ingestão de quantidades excessivas de alimentos, explicada não só pela existência de perturbações emocionais mas também pela existência de conflitos neuróticos ou até mesmo desejos orais insatisfeitos (Rebelo & Leal, 2007). De acordo com a Teoria Psicossomática, a hiperfagia é determinada “por causas psicológicas e emocionais inconscientes sendo a obesidade uma expressão física de um desajustamento emocional subjacente, assim como de problemas psicológicos preexistentes e não resolvidos que conceptualizam os obesos como neuróticos e possuidores de uma fixação oral. “ (Rebelo & Leal, 2007, p. 468).

Por sua vez, e no que concerne à Teoria da Externalidade, proposta por Schachter na década de sessenta, é possível afirmar que esta resulta da dicotomia internalidade/externalidade (Carmo, 2001; Rebelo & Leal, 2007; Viana, Candeias, Rego & Silva, 2009). Segundo esta teoria, os sujeitos obesos apresentam maior sensibilidade aos estímulos externos face aos internos, sendo que esta é considerada responsável pelo desenvolvimento da obesidade (Rebelo & Leal, 2007).

Por último, a Teoria da Restrição, proposta por Herman e Polivy nos finais dos anos 70, sugere que a obesidade provem da prática de uma dieta classificada como restrita, resultando na ingestão classificada como exagerada e insuficiente dos alimentos (Rebelo & Leal, 2007; Viana, Candeias, Rego & Silva, 2009). Assim sendo, segundo Rebelo e Leal (2007), a restrição alimentar está claramente associada a um “padrão alimentar caracterizado por ciclos de dieta e restrição intercalados por ciclos de desinibição “ (p. 470). Relativamente aos fatores caracterizados como desinibidores, associados à restrição supracitada, é possível evidenciar fatores cognitivos e até mesmo emocionais sendo, assim, a sensibilidade externa consequência da restrição alimentar (Rebelo & Leal, 2007; Viana, Candeias, Rego & Silva, 2009).

Das três teorias supramencionadas, resultam as três dimensões do comportamento alimentar frequentemente estudadas, nomeadamente: a ingestão externa, a restrição alimentar e ainda a ingestão emocional (Poínhos, 2014; Viana, Candeias, Rego & Silva, 2009; Vieira, 2014).

No que concerne à ingestão externa, proveniente da Teoria da Externalidade, esta resulta da resposta a estímulos externos relacionados com determinados fatores intrínsecos aos alimentos, ou até mesmo a situações sociais em que os mesmos se encontram (Elfhag & Morey, 2008; Natacci & Júnior, 2011; Snoek, Van Strien, Janssens & Engels, 2007; Van Strien

et al., 2012 citado por Viana, 2014). Assim sendo, a maior sensibilidade a estímulos externos, comparativamente aos internos, origina uma maior ingestão alimentar, proveniente da desinibição por parte do indivíduo (Viana, Candeias, Rego & Silva, 2009; Viana & Sinde, 2003). A desinibição alimentar, proveniente da maior sensibilidade a estímulos externos mencionada anteriormente, é responsável pela obesidade (Viana, 2002; Viana & Sinde, 2003). Assim, é de destacar que indivíduos obesos são mais sensíveis a estímulos externos (Viana & Leal, 2013).

A literatura desenvolvida até à data comprova que este comportamento apresenta uma forte correlação com o IMC, ou seja, comparados com sujeitos de peso normal, os que apresentam excesso de peso evidenciam maior desinibição externa, ou seja, níveis mais elevados de ingestão externa (Vieira, 2014). Um estudo levado a cabo por Almeida, Loureiro e Santos (2001 citado por Viana & Leal, 2013), que objetivou comparar o estilo alimentar entre mulheres com excesso de peso e com peso normal, concluiu que a ingestão externa foi considerada o comportamento alimentar predominante nas mulheres com excesso de peso. Por outro lado, Rodin, Schank e Striegel-Moore (1989 citado por Viana & Leal, 2013), encontraram maiores níveis de ingestão externa, do que ingestão emocional em indivíduos com excesso de peso, concluindo desta forma a associação destas com o IMC.

A restrição alimentar caracteriza-se pelas tentativas, desenvolvidas de forma consciente, na redução da ingestão a fim de controlar o peso corporal, promover o seu ganho ou a sua perda (Elfhag & Morey, 2008; Van Strien *et al.* citado por Viana, 2014). Ainda no que respeita à restrição Westenhoefer (1991 citado por Viana, 2014) enumera dois tipos, nomeadamente o controlo rígido e o controlo classificado como flexível. Define ainda o controlo rígido como uma atitude dicotómica face aos alimentos a excluir da alimentação, envolvendo maiores níveis de desinibição alimentar e maior ingestão dos alimentos nos momentos de desinibição. Quanto ao controlo flexível, este define normas autoimpostas como menos estritas, que se associam a menor desinibição (Viana, 2014).

Esta dimensão tem sido particularmente mais estudada pelos investigadores da área das Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) e Obesidade. Múltiplos estudos concluem que uma elevada restrição alimentar está claramente relacionada com a severidade das perturbações do comportamento alimentar, nomeadamente a Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e, mais recentemente, a Perturbação de Ingestão Compulsiva (PIC) (Vieira, 2014). Existe uma diferença estatisticamente significativa no que respeita aos níveis de restrição alimentar nos indivíduos com excesso de peso, comparativamente aos que apresentam peso normal (Rebelo & Leal, 2007).

De acordo com um estudo levado a cabo por Westenhoefer, com cerca de 50 mil participantes, incluídos num programa nutricional com a finalidade de perder peso, concluiu que a restrição alimentar está associada a uma maior ingestão e conseqüentemente a um maior IMC (Vieira, 2014). Ainda que a restrição alimentar não seja da exclusividade dos indivíduos com excesso de peso, é claramente evidente que nestes os níveis de restrição alimentar são maioritariamente mais elevados do que em outros classificados com um peso normal (Barthomeuf, Droit-Volet & Rousset, 2009 citado por Vieira, 2014).

Por outro lado, uma investigação realizado por Lluch, Herbeth, Méjean e Siest (2000 citado por Leitão, 2011), com 1320 indivíduos de nacionalidade francesa, entre os 11 e os 65 anos de idade, conclui que a restrição alimentar influencia significativamente o excesso de peso, assim como a ingestão energética nos indivíduos. O mesmo conclui ainda que aos indivíduos do sexo feminino estava associado uma menor ingestão de proteínas e hidratos de carbono. Por outro lado, Bernard e colaboradores (2005 citado por Leitão, 2011), constataram diferenças significativas fisiológicas na restrição alimentar, ou seja, segundo estes a perceção de sabor dos alimentos diferiu nos utentes com diagnóstico de anorexia nervosa, comparativamente a indivíduos que estariam a fazer dieta. Assim sendo, percebe-se a influência da restrição alimentar, dos fatores externos e até mesmo emocionais enquanto determinantes do IMC, relativamente ao sexo feminino (Viana & Sinde, 2003). Em suma, a literatura aponta para maiores níveis de restrição no sexo feminino, e consequentemente maior prevalência de Perturbações de Comportamento Alimentar (Bulimia e Anorexia Nervosa).

Quanto à dimensão denominada ingestão emocional é de referir que esta tem origem na Teoria Psicossomática (Elfhag & Morey, 2008), referida anteriormente, sendo caracterizada como a “tendência para comer como uma resposta inadequada a emoções negativas e ao stresse” (Heatherton *et al.*, 2012 citado por Viana, 2014, p. 3). Deste modo, é possível afirmar que existe uma clara influência das emoções nas escolhas dos alimentos dos indivíduos, (Natacci & Júnior, 2011). Ou seja de acordo com Matcht e Simons (2000 citado por Vieira, 2014), a relação existente entre o comportamento e as emoções é claramente forte, diferindo a quantidade de alimentos ingeridos. Estes resultados são claramente concordantes com Snoek, Van Strien, Janssens e Engels (2007), ao afirmarem que o ser humano tende a ingerir alimentos em excesso perante estados emocionais mais intensos e negativos. Isto é, a situação desencadeadora de estados emocionais negativos parece sobrepor-se à necessidade de controlar a ingestão alimentar (Vieira, 2014). Sabe-se ainda que após o episódio de ingestão emocional, os indivíduos experienciam uma redução do desconforto, uma vez que a comida funciona como fator regulador do estado emocional vivenciado, ainda que temporariamente (Vieira, 2014). Assim, a ingestão emocional caracteriza-se pela falta de controlo perante a exposição a situações que originam estados emocionais negativos, implicando desinibição alimentar (Rebelo & Leal, 2007). Outros autores, como Levitan e Davis (2010 citado por Vieira, 2014), defendem que algumas características de personalidade, por exemplo, o neuroticismo, e até mesmo o desenvolvimento de uma vinculação com a entidade materna caracterizada como insegura, podem desempenhar um papel importante no aparecimento e consequente desenvolvimento da ingestão emocional. Michael Macht (2008 citado por Vieira, 2014), procurou sintetizar a influência das emoções no comportamento alimentar, concluindo que a resposta natural a uma situação considerada emocionalmente intensa, é a inibição alimentar, isto é tendem a diminuir a ingestão alimentar. No entanto indivíduos com um padrão de ingestão restritivo a resposta às mesmas parece desinibir, resultando no aumento da ingestão alimentar. Assim, tanto a restrição alimentar como a

Ingestão Emocional apresentam-se como moderadores na relação entre o aumento de peso e o consumo alimentar (Vieira, 2014).

São portanto, inúmeros os estudos que concluíram que, quando comparados com indivíduos de peso normal, os que revelam excesso de peso tendem a apresentar valores mais elevados de ingestão emocional. Relativamente a correlação existente entre a ingestão emocional e o IMC, os resultados formulados são controversos. Ou seja, alguns autores encontraram evidências da existência de uma correlação positiva, classificada como significativa, enquanto que noutros a mesma não foi encontrada (Vieira, 2014). Por outro lado, um número significativos de investigadores ainda sugere uma forte associação entre a desinibição, resultante da Ingestão Emocional, e a presença de Perturbação de Ingestão Compulsiva (PIC), o neuroticismo, depressão, baixa autoestima, ansiedade e insatisfação face à imagem corporal (Vieira, 2014).

Posto isto, é claramente evidente a importância da restrição alimentar, assim como da ingestão emocional e externa enquanto determinantes do IMC (Viana & Sinde, 2003).

Face ao exposto é possível concluir que os estudos desenvolvidos apontam para a necessidade de compreender especificamente quais os fatores que influenciam as escolhas alimentares de crianças e adolescentes (Pereira, Silva & Sá, 2015). E se inúmeros estudos se debruçam sobre o comportamento alimentar dos adolescentes no contexto das perturbações alimentares, são escassos os que procuram identificar e compreender esse mesmo comportamento em adolescentes saudáveis (Pereira, Silva & Sá, 2015) como aquele que aqui apresentamos.

1.2 Autoeficácia Alimentar

A definição de autoeficácia é atribuída a Albert Bandura, considerado inequivocamente o pai deste constructo (Neves & Faria, 2009). É de salientar que a autoeficácia é uma variável oriunda de uma teoria mais ampla, denominada inicialmente de Teoria da Aprendizagem Social, no entanto mais conhecida atualmente como Teoria Sociocognitiva de Bandura (Bandura, 1997; Faria & Simões, 2014). Esta teoria objetiva explicar e até mesmo prever o comportamento humano, com base na interação recíproca entre o próprio indivíduo, os seus processos cognitivos e emocionais, e o meio ambiente em que este se encontra inserido (Bandura, 1977; Faria & Simões, 2002; Póinhos, Canelas, Oliveira & Correia, 2013). Ou seja, segundo Bandura, os indivíduos apresentam a capacidade de controlar o seu comportamento, que influencia naturalmente o ambiente em que se encontra, assim como os seus estados biológicos, cognitivos e afetivos, através da capacidade do mesmo de autorreflexão e da autorregulação (Faria & Simões, 2002). A Teoria propõe constructo Auto eficácia como um dos mais promissores que imergiu nos últimos anos, quer na área da promoção da saúde quer na prevenção ou até mesmo tratamento de doenças (Faria & Simões, 2002).

Assim sendo, este define autoeficácia como “o juízo das pessoas sobre as suas capacidades em organizar e executar cursos de ação necessários para obter determinado tipo de realização.” (Bandura, 1986, p. 391 citado por Amaral, 1993). Isto é, a autoeficácia caracteriza-se pela crença na capacidade de realização de comportamentos específicos, sendo estas associadas à capacidade de organização e execução dos planos de ação, necessários para o alcance do resultado desejado, assim como a sensação que o mesmo tem de controlo sobre os comportamentos e as mais variadas situações (Fonseca, 2009; Luszczynska, Gutiérrez-Doña & Schwarzer, 2005; Mohebi, Azadbakht, Feizi, Sharifirad & Kargar, 2013; Neves & Faria, 2007; Poínhos, Canelas, Oliveira & Correia, 2013; Zimmerman, 2000). É possível constatar que a autoeficácia não corresponde às reais competências que o indivíduo possui, mas sim ao julgamento que este faz em relação às mesmas, assim como as capacidades que este tem que desenvolver perante as dificuldades inerentes à especificidade da tarefa. Aquando adquirida, a autoeficácia pode mesmo ter maiores efeitos na ação do que a própria capacidade cognitiva (Luszczynska & Schwarzer, 2005; Poínhos, Canelas, Oliveira & Correia, 2013; Strecher, DeVellis, Becker & Rosenstock, 1986).

Assim, de acordo com Bandura (1986), a autoeficácia percebida provem das experiências individuais vividas, mais precisamente de quatro situações específicas: 1. Experiências de êxito, isto é, experiências bem-sucedidas aumentam a autoeficácia percebida, assim como insucessos repetidos tendem a diminuí-la; 2. Experiências vicariantes, isto é, a observação dos êxitos conseguidos pelos outros contribuem para o aumento da autoeficácia percebida dos observadores; 3. Influência/persuasão verbal, ou seja, existe uma clara influência positiva aquando de críticas e avaliações positivas assim como o contrário também se verifica; e por último 4. Estados emocionais, segundo o autor emoções positivas tendem a aumentar a autoeficácia percebida enquanto que emoções negativas tendem a diminuí-la (Amaral, 1993; Azevedo, 2012; Costa, Araújo & Almeida, 2014).

Posto isto, a autoeficácia influencia não só a aquisição de novos comportamentos como também a inibição ou desinibição de comportamentos já existentes (Amaral, 1993; Strecher, DeVellis, Becker & Rosenstock, 1986). Sabe-se ainda que a motivação humana, o bem-estar e as realizações pessoais são fortemente influenciados pelo sistema de crenças de autoeficácia que o indivíduo possui (Castro, 2007). Na sequência do referido, o alcance do resultado desejado irá desenvolver a repetição desses comportamentos enquanto que, contrariamente ao anterior, um resultado percecionado como fracasso irá ativar mecanismos de evitamento e conseqüentemente uma baixa autoeficácia percebida (Zimmerman, 2005 citado por Azevedo, 2012).

Os estados emocionais resultantes das realizações pessoais constituem um dos fatores mais influentes da construção da autoeficácia percebida, pois provêm das experiências diretas vivenciadas (Amaral, 1993). Ou seja, segundo o autor supramencionado, indivíduos que acreditam não terem controlo sobre as ameaças percebidas pelas situações ditas ameaçadoras, resultando numa baixa autoeficácia percebida, tendem a experienciar elevados níveis de ansiedade, stresse ou até mesmo depressão, assim como o contrário

também se verifica. É de assinalar que, quando o autor se refere ao controlo sobre as ameaças percebidas, este remete para os planos de ação e os pensamentos disfuncionais associados (Bandura, 1989; Bandura, 1994).

Segundo Gutiérrez-Doña e Schwarzer (2005 citado por Azevedo, 2012), quanto maior a percepção de autoeficácia no alcance de determinados objetivos pessoais, maiores serão as crenças nas capacidades a desenvolver, e conseqüentemente maior o esforço e persistência, inerentes à tarefa a realizar. Sabe-se, ainda, que indivíduos com um elevado nível de autoeficácia tendem a executar tarefas mais desafiadoras, ou seja, a estabelecer objetivos classificados como mais elevados, comparativamente a outros com um nível de autoeficácia mais baixo (Bandura, 1994; Luszczynska, Gutiérrez-Doña & Schwarzer, 2005). Por conseguinte, indivíduos com um elevado nível de autoeficácia, perante a ocorrência de contratempos, recuperam mais rapidamente, a fim de encontrar eficazmente alternativas para os ultrapassar (Luszczynska, Gutiérrez-Doña & Schwarzer, 2005). Segundo o autor, a autoeficácia percebida influencia conseqüentemente o curso de vida dos sujeitos pelo facto de influenciar as suas escolhas no que respeita aos ambientes a frequentar e as atividades a desenvolver. Assim, tendem a evitar ambientes e/ou atividades quando acreditam que excedem as suas capacidades (Bandura, 1989; Bandura, 1994).

Em suma, e segundo Bandura (1986 citado por Amaral, 1993) “os juízos de eficácia mais funcionais são provavelmente aqueles que excedem levemente o que se pode fazer em determinada situação” (p. 394), ou seja, os indivíduos tendem desta forma a realizar tarefas desafiantes, com realismo, a fim de desenvolver progressivamente as suas capacidades. Na seqüência do referido importa destacar que esta desempenha um papel fulcral nas estruturas causais, mais precisamente nos padrões de pensamento e comportamento, assim como, nos estados emocionais (Bandura *et al.*, 2001 citado por Castro, 2007).

Posto isto, e quanto ao constructo autoeficácia percebida, é de referir que este tem sido amplamente estudado nas mais diversas áreas do conhecimento, nomeadamente em inúmeros domínios de investigação, desde a psicologia, à clínica, às aptidões sociais, ao desporto de alta competição, à educação e recentemente à análise de grupos ou instituições (Faria & Simões, 2002; Fonseca, 2009).

No campo da Psicologia da Saúde, é importante salientar que este encontra-se relacionado com outros constructos similares, nomeadamente: o autoconceito, a autoestima e ainda o locus de controlo (Luszczynska, Gutiérrez-Doña & Schwarzer, 2005; Póinhos, Canelas, Oliveira & Correia, 2013; Zimmerman, 2000). Relativamente aos mesmos, destaca-se ainda o facto de estes serem preditores diretos de intenção e comportamento de saúde, mais concretamente o comprometimento de comportamentos saudáveis ou o evitamento de comportamentos de risco (Santos, 2011).

Embora atualmente se reconheça a importância de outros constructos, a autoeficácia tem-se mostrado repetidamente um bom preditor de comportamentos de saúde (Abusabha & Achterberg, 1997; Póinhos, Canelas, Oliveira & Correia, 2013; Strecher, DeVellis, Becker & Rosenstock, 1986). Ela parece ser um preditor consistente tanto na mudança de

comportamentos de saúde como da posterior manutenção dos mesmos, apresentando evidências a curto e a longo prazo (Strecher, Devellis, Becker & Rosenstock, 1986).

Posto isto, e dirigindo agora a nossa atenção para os estudos desenvolvidos acerca deste constructo, é importante salientar que a investigação se tem dedicado ao estudo da autoeficácia nos diversos comportamentos de saúde, mais concretamente na alteração de comportamentos, nas seguintes áreas: tabagismo, dependência alcoólica, comportamento contraceptivo, e ainda controlo do peso corporal. Para a implementação dessas mudanças foram recorrentemente desenvolvidos programas de educação para a saúde, as recomendações destes programas apontam para a promoção da autoeficácia como variável importante na mudança de comportamentos relacionados com a saúde (Strecher, Devellis, Becker & Rosenstock, 1986).

Por exemplo, no que se refere ao tabagismo, é possível afirmar que fruto de manipulações experimentais da autoeficácia, reforço e conseqüente aumento desta, ocorreu um subsequente abandono ou redução do tabagismo (Strecher, Devellis, Becker & Rosenstock, 1986).

Já os estudos relacionados com a sexualidade, mais precisamente quanto ao uso de métodos contraceptivos em adolescentes, verificou-se que estes apresentaram melhorias significativas nos índices de autoeficácia referente às habilidades no controlo da natalidade, demonstrando uma maior intenção no uso de um método contraceptivo em futuras relações sexuais, após implementação de intervenção. O programa abordou questões sobre reprodução e controlo da natalidade, incidiu na aquisição do uso de diversos métodos contraceptivos, assim como na tentativa de extinção de comportamentos de risco (Strecher, Devellis, Becker & Rosenstock, 1986).

Quanto à autoeficácia na dependência alcoólica, a literatura desenvolveu estudos referentes à dificuldade percebida pelos participantes perante situações sociais consideradas como propícias ao consumo de álcool. Salienta-se o facto dos estudos supramencionados não se focarem diretamente no constructo autoeficácia, no entanto os autores dos mesmos consideram que a dificuldade percebida nestes contextos reflete uma expectativa de autoeficácia generalizada no que concerne à manutenção da abstinência. Assim sendo, os resultados sugeriram que, após implementação do programa, desenvolvido em contexto hospitalar, a fim de promover habilidades sociais, a dificuldade percebida pelos participantes foi diminuindo (Strecher, Devellis, Becker & Rosenstock, 1986).

Por sua vez, e quanto ao comportamento alimentar de indivíduos com diabetes, parecem existir evidências que comprovam a relação deste com a autoeficácia (Poínhos, Canelas, Oliveira & Correia, 2013). É de salientar um estudo realizado por Mohebi, Azadbakht, Feizi, Sharifirad e Kargar (2013) caracterizado como uma revisão bibliográfica de estudos publicados entre 1990 e 2011, acerca do papel da autoeficácia como um agente determinante no autocuidado dietético de pacientes diabéticos. Mohebi, Azadbakht, Feizi, Sharifirad e Kargar (2013), concluíram através do mesmo a existência de uma relação direta entre a

autoeficácia e o autocuidado dietético, sendo que a autoeficácia é considerada fundamental no processo de mudança do autocuidado dietético em pacientes diabéticos.

A autoeficácia, em particular a alimentar, ainda que não se possa considerar uma dimensão do comportamento alimentar, tem sido frequentemente associada à perda de peso e avaliada de forma simultânea com as dimensões do comportamento alimentar (Alves, 2014). Assim sendo, no que concerne ao papel da autoeficácia no controlo do peso corporal, mais precisamente na perda de peso, esta tem-se revelado um bom preditor (Poínhos, Canelas, Oliveira & Correia, 2013). Desta forma, a investigação científica tem demonstrado que a autoeficácia é um bom preditor de diversos comportamentos alimentares, considerando que esta variável determina a iniciação, manutenção e abandono de estratégias e comportamentos. No entanto, o estudo desta tem tido pouco destaque na literatura desenvolvida até à data (Poínhos, Canelas, Oliveira & Correia, 2013; Strecher, DeVellis, Becker & Rosenstock, 1986; Viana, 2014).

De facto, investigações sobre o papel da autoeficácia no controlo do peso corporal, mais precisamente na perda de peso, mostram que os resultados atestam a validade e utilização de uma construção da autoeficácia na previsão de uma mudança e até mesmo manutenção comportamental, aquando do desenvolvimento de um programa que objetiva a perda de peso corporal na obesidade (Bernier & Avard, 1986). A título de exemplo, salientamos o estudo de Dennis e Goldberg (1996), que concluiu que mulheres que relatam melhor autoeficácia, assim como maior autoestima e menor presença de sintomatologia depressiva, perderam significativamente mais peso do que as mulheres que apresentavam pior autoeficácia, e por sua vez menor autoestima e maior presença de sintomatologia depressiva. Todavia, outros autores não encontraram uma associação evidente entre a variável locus de controlo ou autoeficácia e subsequente alteração do peso corporal. No entanto, os mesmos salientam uma associação considerada significativa entre o locus de controlo e a autoeficácia, concluindo que indivíduos que apresentavam locus de controlo interno obtiveram perda de peso, enquanto que os indivíduos com locus de controlo externo experienciaram um ligeiro aumento (Strecher, DeVellis, Becker & Rosenstock, 1986). Um estudo correlacional, levado a cabo por Annesi e Whitaker (2010), com o objetivo de averiguar a relação entre o IMC e o constructo autoeficácia, em mulheres caucasianas e afroamericanas concluiu que alterações significativas do IMC das mesmas estão relacionadas com os seus níveis de autoeficácia. Quer isto dizer que, em ambos os grupos, a diminuição do IMC encontrava-se claramente correlacionada com o aumento da autoeficácia ao longo do tempo. Por sua vez, Poínhos, Oliveira e Correia (2013), realizaram uma investigação que objetivou determinar padrões de comportamento alimentar em estudantes a frequentar o ensino superior, e relacionar os mesmos com o IMC. As conclusões que os mesmos obtiveram revelam que, os indivíduos de ambos os sexos que revelaram uma elevada autoeficácia apresentavam menor IMC. Posto isto, a literatura revela a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a autoeficácia e o IMC.

Relativamente ao papel da autoeficácia alimentar nos diversos comportamentos alimentar salienta-se que alguns estudos se têm debruçado sobre o efeito da mesma nos hábitos alimentar em geral, enquanto outros na relação desta com comportamentos alimentares mais específicos, nomeadamente no consumo de certos alimentos ou até nutrientes (Poínhos, Canelas, Oliveira & Correia, 2013).

A título de exemplo, um estudo relado a cabo por Shannon, Bagby, Wang e Treknner (1999) procuraram determinar qual o papel da autoeficácia no comportamento alimentar. Segundo os autores, esta posiciona-se neste campo como um mediador entre os fatores sociais e o comportamento alimentar. Deste modo, os autores concluíram que esta poderá ser uma mais-valia aquando da implementação de um programa de educação nutricional que se destina a mudança e posterior manutenção de um determinado comportamento alimentar (Shannon, Bagby, Wang & Treknner, 1999).

Por outro lado, é de destacar um estudo realizado por Yen, Shariff, kandiah e Taib (2014) que objetivou promover o aumento da ingestão de vegetais e frutas, através da promoção da autoeficácia alimentar. Os resultados obtidos sugerem que as estratégias de intervenção neste campo devem, inevitavelmente, enfatizar a promoção da autoeficácia, assim como o aumento dos benefícios percebidos, a fim de promover mudanças saudáveis, como a elevada ingestão de frutas e vegetais.

Assim sendo, e segundo os autores, é possível concluir que a avaliação dos sistemas de crenças intrínsecas, em particular da autoeficácia, poderá proporcionar novas direções para a conceção de intervenção que visem por um lado proporcionar uma maior perda de peso corporal e por outro desenvolver estados afetivos mais positivos. Entende-se assim que emerge uma clara necessidade de enfatizar as estruturas internas dos indivíduos para o desenvolvimento de programas mais eficazes para a perda de peso corporal na obesidade (Dennis & Goldberg, 1996). Posto isto, e fruto da heterogeneidade dos resultados individuais obtidos através de estudos acerca do tratamento para combater a obesidade, a literatura tem enfatizado os preditores por forma a prever os resultados obtidos na perda de peso. Esta tem, como objetivo último, um melhor auxílio aos profissionais de saúde, mais concretamente, na concentração da intervenção nos preditores por forma a melhorar os tratamentos para combater o excesso de peso (Teixeira, Going, Sardinha & Lohman, 2005).

Em suma, é possível afirmar, tendo em conta os estudos supramencionados, que a autoeficácia parece ser um preditor consistente tanto na mudança de comportamentos de saúde como na posterior manutenção dos mesmos, apresentando desta forma evidências a curto e a longo prazo (Strecher, Devellis, Becker & Rosenstock, 1986).

Capítulo II. Metodologia

2.1 Introdução

O presente capítulo constitui uma apresentação da metodologia empregue na realização da presente investigação. Este inclui a formulação de hipóteses a testar, critérios para a seleção da amostra e respetiva caracterização, descrição do protocolo de investigação utilizado e procedimentos de recolha e tratamento de dados.

Relativamente à pertinência da presente investigação, e tal como referimos no Capítulo I, esta prende-se com a compreensão do comportamento alimentar como fator importante na prevenção de problemáticas relacionadas com a saúde. A autoeficácia, em particular a alimentar, ainda que não se possa considerar uma dimensão do comportamento alimentar, tem sido frequentemente associada à perda de peso e considerada um bom preditor do comportamento alimentar, emergindo deste modo o desenvolvimento de estratégias de prevenção e promoção da saúde em fases precoces, nomeadamente na adolescência (Alves, 2014).

Posto isto, a presente investigação pretende estudar o comportamento alimentar, a autoeficácia e o IMC nesta faixa etária, de forma a melhor compreender o fenómeno e a desenvolver estratégias de prevenção e promoção da saúde.

Como objetivo geral é delineado o seguinte: Investigar e compreender a relação entre o Comportamento Alimentar e a Autoeficácia Alimentar em Crianças e Adolescentes. É importante referir que para o cumprimento deste, analisamos a relação nas três dimensões constituintes do comportamento alimentar: a Restrição Alimentar, a Ingestão Emocional e a Ingestão Externa. Um outro objetivo em estudo é averiguar a relação das variáveis supramencionadas com o Índice de Massa Corporal (IMC) das crianças e adolescentes.

Face aos objetivos supramencionados, foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1: Existe uma relação estatisticamente significativa entre a Restrição Alimentar e a Autoeficácia Alimentar;

H2: Existe uma relação estatisticamente significativa entre a Ingestão Emocional e a Autoeficácia Alimentar;

H3: Existe uma relação estatisticamente significativa entre a Ingestão Externa e a Autoeficácia Alimentar;

H4: Existe uma associação estatisticamente significativa entre a classificação do IMC e a Restrição Alimentar;

H5: Existe uma associação estatisticamente significativa entre a classificação do IMC e a Ingestão Emocional;

H6: Existe uma associação estatisticamente significativa entre a classificação do IMC e a Ingestão Externa;

H7: Existe uma associação estatisticamente significativa entre a classificação do IMC e a Autoeficácia Alimentar.

O estudo teve como participantes estudantes do 3º Ciclo a frequentar estabelecimentos de ensino privado e cooperativo do norte e centro do país. Recolheu-se uma amostra constituída por 824 sujeitos, no entanto apenas 406 dos participantes preencheram os critérios de inclusão ao estudo. Assim, foram incluídos na presente investigação os sujeitos que obedeciam aos seguintes critérios: estudantes do 3º Ciclo, os respetivos encarregados de educação concederem o consentimento informado, após se encontrarem devidamente informados acerca da investigação a desenvolver, e ainda terem indicado o respetivo peso e altura para o posterior cálculo do IMC.

Para a sua concretização delineou-se um estudo transversal, de análise quantitativa, do tipo descritivo-correlacional.

2.2 Participantes

O grupo de participantes da presente investigação é constituído por 406 sujeitos, destes, 200 sujeitos são do sexo masculino (49,3 %) e 206 do sexo feminino (50,7 %). A média de idades dos constituintes da amostra em estudo é 13,53 (DP= 1,12), com intervalo entre os 12 e os 16 anos de idade, ressaltando-se a predominância de sujeitos com 14 anos (n=124). Por conseguinte, é ainda possível salientar que a média de idades da amostra em estudo do sexo masculino é de 13,61 anos de idade (DP= 1,16) e a média das idades da amostra em estudo do sexo feminino é de 13,46 anos de idade (DP= 1,08) (cf. Tabela 2).

Tabela 2:

Estatística descritiva da amostra segundo o sexo e a idade

Sexo	Idade		
	Média	Desvio Padrão (DP)	Mínimo-Máximo
Masculino (n= 200)	13,61	1,16	12-16
Feminino (n= 206)	13,46	1,08	12-16
Total (n= 406)	13,53	1,12	12-16

Relativamente ao ano escolar dos participantes, 143 estão no 7.º ano de escolaridade (35,2 %), 132 no 8.º ano de escolaridade (32,5 %) e 131 no 9.º ano de escolaridade (32,3 %), ressalvando-se que o número de sujeitos distribuídos pelos três anos é equiparado (cf. Tabela 3).

Tabela 3:

Estatística descritiva da amostra de acordo com o ano escolar

Ano de Escolaridade	n	Percentagem (%)
7º ano de escolaridade	143	35,2
8º ano de escolaridade	132	32,5
9º ano de escolaridade	131	32,3
Total	406	100

Relativamente ao comportamento alimentar dos participantes é possível referir que grande parte indicou realizar diariamente quatro refeições completas (n=186), seguido dos que indicaram realizar cinco (n=119) e três (n=51) (cf. Figura 1). Quando questionados acerca da toma do pequeno-almoço, 367 dos inquiridos afirmam tomar o pequeno-almoço todas as manhãs (90,4 %) enquanto apenas 39 dos mesmos afirmam o contrário (9,6 %). Em termos de local predominante na toma do mesmo, a maioria refere o local de residência (n=393). Relativamente a questão da toma do lanche, a grande maioria dos inquiridos, ou seja 313 , respondeu afirmativamente.

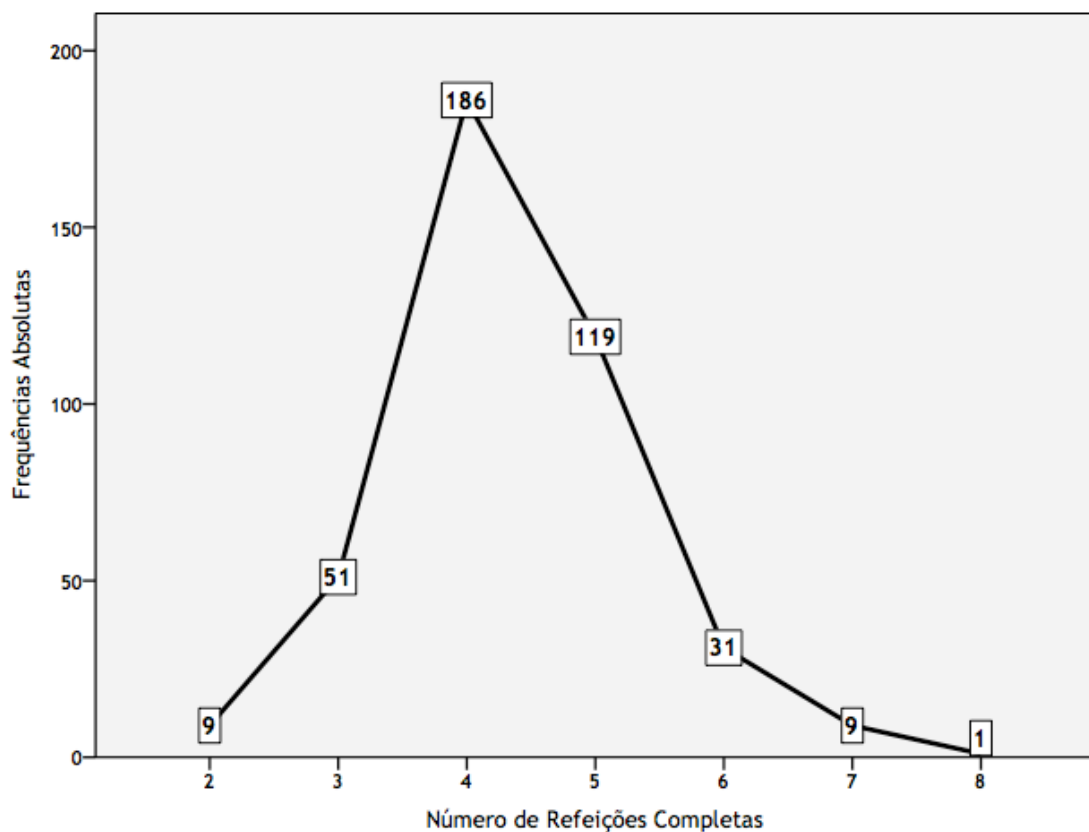


Figura 1:

Distribuição dos 406 sujeitos segundo o número de refeições completas realizadas diariamente

Por último, e quando questionados acerca dos pratos que incluem nas refeições ditas principais, ou seja, ao almoço e jantar, destaca-se que a opção mais escolhida pelos inquiridos remete para a realização de refeições completas (sopa, o prato principal e a sobremesa) seguida das refeições que incluem apenas a sopa e o prato principal nas refeições (cf. Tabela 4).

Tabela 4:

Estatística descritiva da amostra, segundo os pratos que incluem nas refeições

Refeições	n	Porcentagem (%)
Jantar		
Refeição Completa	159	39,2
Sopa e Prato Principal	104	25,6
Prato Principal	74	18,2
Prato Principal e Sobremesa	64	15,8
Almoço		
Refeição Completa	208	51,2
Sopa e Prato Principal	85	20,9
Prato Principal	59	14,5
Prato Principal e Sobremesa	50	12,3

2.3 Instrumentos

O protocolo de investigação é constituído primeiramente pelo Questionário de Dados Sociodemográfico, seguido da Escala de Autoeficácia Alimentar Global (EAEAG), destinada a avaliar aspetos gerais de autoeficácia face à alimentação e o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QCA), para avaliar o estilo/comportamento alimentar.

2.3.1 Questionário Sociodemográfico

Relativamente ao Questionário Sociodemográfico, construído especialmente para a presente investigação, este tem como objetivo a recolha de dados relativos à amostra em estudo. Os dados recolhidos incidiram, primeiramente, na recolha de informações biográficas dos inquiridos nomeadamente: idade, sexo, concelho onde residem, ano de escolaridade, constituição do agregado familiar, assim como o número de irmãos. Foram ainda recolhidas informações acerca dos progenitores, mais precisamente qual a profissão dos mesmos, assim como qual o meio de locomoção utilizado pelos inquiridos para a deslocação para o estabelecimento de ensino que frequentam. Posteriormente, foram desenvolvidas uma série de questões a fim de conhecer melhor o comportamento alimentar dos inquiridos, averiguando, concretamente, o número de refeições completas por dia, questões referentes ao pequeno-almoço, lanche, almoço e jantar. Por último, foi ainda questionado o peso e altura de cada indivíduo.

2.3.2 Escala de Autoeficácia Alimentar Global (EAEAG)

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

Quanto às propriedades psicométricas do mesmo, calculadas necessariamente pelos autores da escala, é de referir que estas apresentam-se como adequadas, revelando uma boa consistência interna assim como, comparativamente com outras medidas, uma boa validade discriminante e convergente. No que respeita à análise fatorial realizada salienta-se o facto desta revelar uma estrutura unifatorial, contribuindo para a validade de constructo.

Posto isto, constam em seguida, em forma de tabela, os dados referentes aos valores de Alfa de Cronbach encontrados neste trabalho e no estudo dos próprios autores (Poinhos, Canelas, Oliveira e Correia (2013).

Tabela 5:

Valores de Alfa de Cronbach da EAEAG

	Coeficiente de Alfa de Cronbach	
	N=279	N=824
	(Poinhos et al., 2013)	
Autoeficácia	.875	.774

Assim, concluímos que a escala apresenta uma estrutura unifatorial (que explica 54,82 % da variância), sendo este resultado claramente coincidente com a solução obtida pelos autores. Por conseguinte, a análise fatorial foi validada pelos valores obtidos no índice de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o Teste de Barlett e encontrada pelo método de componentes principais, com rotação varimax. Pelo referido anteriormente, o KMO encontrado é de .808 e no Teste de Barlett o $p=.000$.

Tal como anteriormente apresentado, o valor de consistência interna Alfa de Cronbach encontrado, relativo à fidelidade do questionário, e tendo por referência Murphy e

Davdsholder (1988 citado por Peterson, 1994), é classificado como moderado a elevado ($\alpha = .774$).

2.3.3 Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QCA)

O QCA foi validado para a população portuguesa por Viana e Sinde (2003) da versão original “Dutch Eating Behavior Questionnaire - DEBQ” de Van Strien, Frijters, Bergers & Defares, 1986, e tem como objetivo avaliar o estilo de dieta alimentar/ comportamento alimentar (Viana & Sinde, 2003; Pais Ribeiro, 2007).

É de salientar que este resultou da seleção de itens presentes em três instrumentos de avaliação já existentes, nomeadamente: *Eating Patterns Questionnaire (EPQ)*, da autoria de Wollersheim (1970 citado por Viana & Sinde, 2003); *Questionário para a Obesidade Latente*, de Pudél, Metzendorff e Oetting (1975 citado por Viana & Sinde, 2003) e por último o *Eating Behavior Inventory (EBDI)*, da autoria de O’Neil, Currey, Hirsch, Malcolm, Sexauer, Riddle e Taylor (1979 citado por Viana & Sinde, 2003).

Posto isto, o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar, na versão Portuguesa, é composto por um conjunto de 33 itens, subdivididos em três subescalas correspondente às seguintes dimensões: Ingestão Emocional, Ingestão Externa e Restrição Alimentar (Anschutz, Strien, Van De Ven & Engels, 2009; Cebolla, Barrada, Strien, Oliver & Baños, 2014; Viana & Sinde, 2003). É de denotar que é classificado como sendo um questionário de autorresposta, onde a resposta a cada item é dada numa escala ordinal de 5 pontos (nunca/ raramente/ às vezes/ frequentemente/ muito frequentemente). Quanto às subescalas que o constituem, é importante referir que, tanto a escala de Restrição Alimentar como a de Ingestão Externa são compostas por um conjunto de 10 itens. Por sua vez, a escala denominada Ingestão Emocional apresenta-se em 13 itens (Pais Ribeiro, 2007; Viana & Sinde, 2003). É de salientar ainda que o item 21 é cotado numa escala inversa dos restantes (Viana & Sinde, 2003).

Relativamente às propriedades psicométricas calculadas pelos autores do presente questionário destaca-se que a consistência interna foi avaliada pelo coeficiente Alfa de Cronbach, enquanto para a validade de constructo a escala foi submetida a análise fatorial. É de denotar que os itens em estudo foram submetidos a análise fatorial pelo método de componentes principais, com rotação varimax.

Posto isto, constam em seguida, em forma de tabela, os valores referentes às mesmas, incluindo os resultados obtidos pelos autores do presente questionário assim como os encontrados neste trabalho (cf. Tabela 6, 7 e 8)

Tabela 6:

Valores de Alfa de Cronbach do QCA

	Coeficiente de Alfa de Cronbach	
	N=191 (Viana & Sinde, 2003)	N=824
Ingestão Emocional	.94	.90
Ingestão Externa	.81	.84
Restrição Alimentar	.92	.90

Tabela 7:

Pesos fatoriais dos 33 itens organizados e distribuídos pelos três fatores (Viana & Sinde, 2003)

Item	Pesos Fatoriais		
	Fatores		
	Ingestão Emocional	Restrição Alimentar	Ingestão Externa
1. Tem desejo de comer quando se sente irritado?	.703	-	-
3. Sente desejo de comer quando não tem nada que fazer?	.449	-	-
5. Tem desejo de comer quando se sente deprimido ou desanimado?	.746	-	-
8. Tem desejo de comer quando se sente sozinho?	.567	-	-
10. Sente desejo de comer quando alguém o deixa em “baixo”?	.809	-	-
13. Tem desejo de comer quando se sente zangado?	.766	-	-
16. Sente desejo de comer quando alguma coisa desagradável está prestes a acontecer?	.747	-	-
20. Tem desejo de comer quando se sente ansioso, preocupado ou tenso?	.810	-	-
23. Sente desejo de comer quando as coisas lhe correm mal ou não lhe correm de feição?	.860	-	-
25. Tem desejo de comer quando se sente incapaz?	.744	-	-
28. Tem desejo de comer quando se sente aborrecido?	.896	-	-
30. Tem desejo de comer quando se sente amedrontado?	.856	-	-
32. Tem desejo de comer quando se sente desapontado ou desiludido?	.827	-	-

4. Quando o seu peso aumento come menos que o habitual?	-	.731	-
7. Com que frequência recusa comida ou bebidas, por estar preocupado com o seu peso?	-	.829	-
11. Durante as refeições tenta comer menos do que gostaria de comer?	-	.768	-
14. Controla minuciosamente o que come?	-	.467	-
17. Come propositadamente alimentos que fazem emagrecer?	-	.598	-
19. Quando come demasiado procura comer menos no dia seguinte?	-	.744	-
22. Come menos propositadamente para não aumentar o peso?	-	.938	-
26. Com que frequência tenta não comer entre as refeições porque está a controlar o peso?	-	.752	-
29. Com que frequência tenta não comer, durante a tarde, porque está a controlar o peso?	-	.691	-
31. Toma em consideração o seu peso quando escolhe o que vai comer?	-	.808	-
2. Se a comida lhe sabe bem, come mais do que o habitual?	-	-	.547
6. Se a comida cheira bem ou tem bom aspeto, come mais do que o habitual?	-	-	.592
9. Se vê ou cheira algo delicioso, sente desejo de o comer?	-	-	.580
12. Se tem alguma coisa deliciosa para comer come-a de imediato?	-	-	.621
15. Quando passa por uma padaria apetece-lhe comprar algo delicioso?	-	-	.566
18. Se vê alguém a comer sente também desejo de comer?	-	-	.547
21. Consegue resistir a comer alimentos deliciosos?	-	-	.409
24. Quando passa por uma confeitaria ou “snack-bar” sente desejo de comprar alguma coisa deliciosa?	-	-	.569
27. Come mais do que o habitual quando vê alguém a comer?	-	-	.436
33. Quando está a preparar ma refeição apetece-lhe comer (petiscar) alguma coisa?	-	-	.409
Variância (%)	61,8	60,6	61,9

Tabela 8:

Pesos fatoriais dos 33 itens organizados e distribuídos pelos três fatores

Item	Pesos Fatoriais		
	Fatores		
	Ingestão Emocional	Restrição Alimentar	Ingestão Externa
1. Tem desejo de comer quando se sente irritado?	.634	-	-
3. Sente desejo de comer quando não tem nada que fazer?	.418	-	-
5. Tem desejo de comer quando se sente deprimido ou desanimado?	.718	-	-
8. Tem desejo de comer quando se sente sozinho?	.546	-	-
10. Sente desejo de comer quando alguém o deixa em “baixo”?	.731	-	-
13. Tem desejo de comer quando se sente zangado?	.727	-	-
16. Sente desejo de comer quando alguma coisa desagradável está prestes a acontecer?	.586	-	-
20. Tem desejo de comer quando se sente ansioso, preocupado ou tenso?	.699	-	-
23. Sente desejo de comer quando as coisas the correm mal ou não lhe correm de feição?	.697	-	-
25. Tem desejo de comer quando se sente incapaz?	.672	-	-
28. Tem desejo de comer quando se sente aborrecido?	.661	-	-
30. Tem desejo de comer quando se sente amedrontado?	.565	-	-
32. Tem desejo de comer quando se sente desapontado ou desiludido?	.743	-	-
4. Quando o seu peso aumento come menos que o habitual?	-	.673	-
7. Com que frequência recusa comida ou bebidas, por estar preocupado com o seu peso?	-	.747	-
11. Durante as refeições tenta comer menos do que gostaria de comer?	-	.696	-
14. Controla minuciosamente o que come?	-	.458	-
17. Come propositadamente alimentos que fazem emagrecer?	-	.637	-
19. Quando come demasiado procura comer menos no dia seguinte?	-	.622	-
22. Come menos propositadamente para não aumentar o peso?	-	.846	-
26. Com que frequência tenta não comer entre as refeições porque está a controlar o peso?	-	.792	-

29. Com que frequência tenta não comer, durante a tarde, porque está a controlar o peso?	-	.757	-
31. Toma em consideração o seu peso quando escolhe o que vai comer?	-	.718	-
2. Se a comida lhe sabe bem, come mais do que o habitual?	-	-	.671
6. Se a comida cheira bem ou tem bom aspeto, come mais do que o habitual?	-	-	.681
9. Se vê ou cheira algo delicioso, sente desejo de o comer?	-	-	.724
12. Se tem alguma coisa deliciosa para comer come-a de imediato?	-	-	.656
15. Quando passa por uma padaria apetece-lhe comprar algo delicioso?	-	-	.679
18. Se vê alguém a comer sente também desejo de comer?	-	-	.635
21. Consegue resistir a comer alimentos deliciosos?	-	-	.297
24. Quando passa por uma confeitaria ou “snack-bar” sente desejo de comprar alguma coisa deliciosa?	-	-	.694
27. Come mais do que o habitual quando vê alguém a comer?	-	-	.536
33. Quando está a preparar ma refeição apetece-lhe comer (petiscar) alguma coisa?	-	-	.612
Variância (%)	23,30	15,70	7,80

Posto isto, é possível concluir que na análise fatorial do QCA foram extraídos três fatores, sendo este resultado claramente coincidente com a solução obtida pelos autores da presente escala, assim como os itens que compõem cada fator. É possível aferir que o primeiro fator - Ingestão Emocional - explica 23,30 % da variância, enquanto que o segundo - Restrição Alimentar - 15,70 %, por sua vez o terceiro - Ingestão Externa - 7,80 % da variância.

Relativamente aos coeficientes de consistência interna Alfa de Cronbach relativos à fidelidade do questionário, e de acordo com Murphy e Davdsholder (1988 citado por Peterson, 1994), é possível classificá-los como moderados a elevados nas diferentes subescalas que a compõem: Ingestão Emocional ($\alpha = .90$), Ingestão Externa ($\alpha = .84$) e Restrição Alimentar ($\alpha = .90$). Pelo exposto, é importante ressaltar que a análise fatorial foi validada pelos valores obtidos no índice de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de .915 e o teste de Barlett com $p = .000$.

2.4 Procedimento

Para a realização da presente investigação, e relativamente aos procedimentos legais, foi primeiramente solicitado um pedido de autorização aos autores dos instrumentos que compõem o protocolo de investigação a administrar. Foi ainda pedido, na medida do

possível, o envio dos valores normativos, assim como quaisquer bibliografias que os autores das mesmas considerassem necessários para uma boa aplicação, tratamento de dados e posterior discussão dos resultados.

Em seguida, foi ainda solicitada a autorização para a recolha de dados, na forma de documento aos respetivos encarregados de educação (consentimento informado), onde constou a informação sobre a natureza e curso previsível da presente investigação, assim como a confidencialidade da informação recolhida e ainda os limites éticos e legais desta.

Assim, depois da realização dos procedimentos legais supramencionados, procedeu-se à respetiva recolha de dados, mais precisamente a administração do protocolo de investigação composto pelo Questionário Sociodemográfico, QCA e EAEAG, nas respetivas salas de aula. Esta ocorreu em três estabelecimentos de ensino privado e cooperativo da zona norte e centro do país.

Todas as análises foram efetuadas com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS (versão 20.0 para MacBook) para a realização da análise estatística descritiva e inferencial consoante os objetivos e variáveis propostos inicialmente.

Capítulo III. Resultados

No presente capítulo, procedemos à apresentação dos resultados obtidos, através das análises estatísticas para os dados recolhidos. Estes são elencados em duas partes, começando por apresentar os resultados descritivos das três variáveis em estudo: Comportamento Alimentar, Autoeficácia Alimentar e Índice de Massa Corporal (IMC). Seguem-se os resultados das análises das hipóteses de investigação, formuladas a partir da revisão da literatura apresentada no Capítulo I. Assim, a análise descritiva das variáveis teve como intuito a caracterização e descrição do comportamento das variáveis em estudo. Recorreu-se também aos Testes de Associação, mais precisamente ao Coeficiente de Correlação de Spearman e Pearson, para averiguar o tipo e grau de associação entre as variáveis. Consideramos, para as análises efetuadas, uma probabilidade de $\alpha \leq .01$ para um intervalo de confiança de 95 %.

3.1 Comportamento Alimentar, Autoeficácia Alimentar e IMC

3.1.1 Estilo Alimentar: Restritivo, Externo e Emocional

Como se pode averiguar na Tabela 9, referente à estatísticas de tendência central, é possível identificar a média das pontuações nas diferentes dimensões do comportamento alimentar: Ingestão Emocional (média=21,50; DP=10,62), Ingestão Externa (média=27,60; DP=7,44) e Restrição Alimentar (média= 21,32; DP=9,30). Pelo exposto, os resultados encontrados indicam que a escala que apresenta valores mais elevados é a subescala Ingestão Externa.

Relativamente à pontuação obtida pelos inquiridos com mais frequência, ou seja, a Moda, é de salientar que o valor mais elevado (Moda=23) remete para a subescala Ingestão Externa, contrariamente às restantes subescalas onde a pontuação se encontra relativamente mais baixa.

No que respeita ao máximo e mínimo encontrados em cada uma das subescalas do QCA é de destacar que a pontuação máxima mais elevada remete para a subescala Ingestão Emocional, assim como a pontuação mínima mais baixa. Relativamente às restantes subescalas, as pontuações mínimas e máximas encontradas revelam-se equiparadas.

Tabela 9:

Estatística descritiva do QCA por subescalas

	Ingestão Emocional	Ingestão Externa	Restrição Alimentar
N	406	406	406
Média	21,50	27,60	21,32
Mediana	18,50	26	20
Moda	13	23 ^a	10
Desvio Padrão (DP)	10,62	7,44	9,30
Variância	112,88	55,40	86,20
Mínimo	3	10	8
Máximo	61	48	49
Percentis			
25	14	22	14
50	19	26	20
75	27	32	27

^a Dado a existência de múltiplos valores de moda, a escolha remete para o menor valor

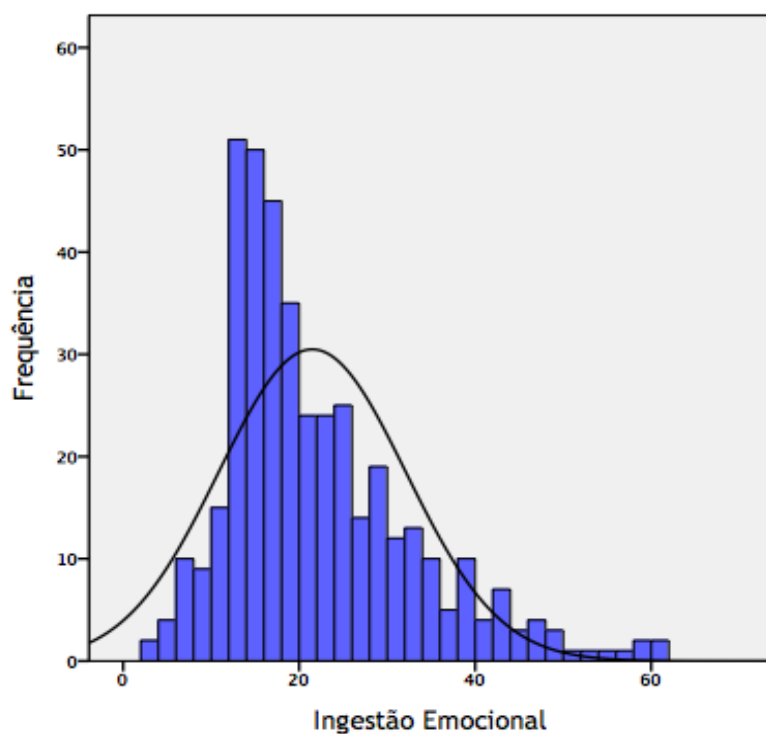


Figura 2:

Distribuição dos 406 sujeitos segundo o resultado obtido na subescala Ingestão Emocional

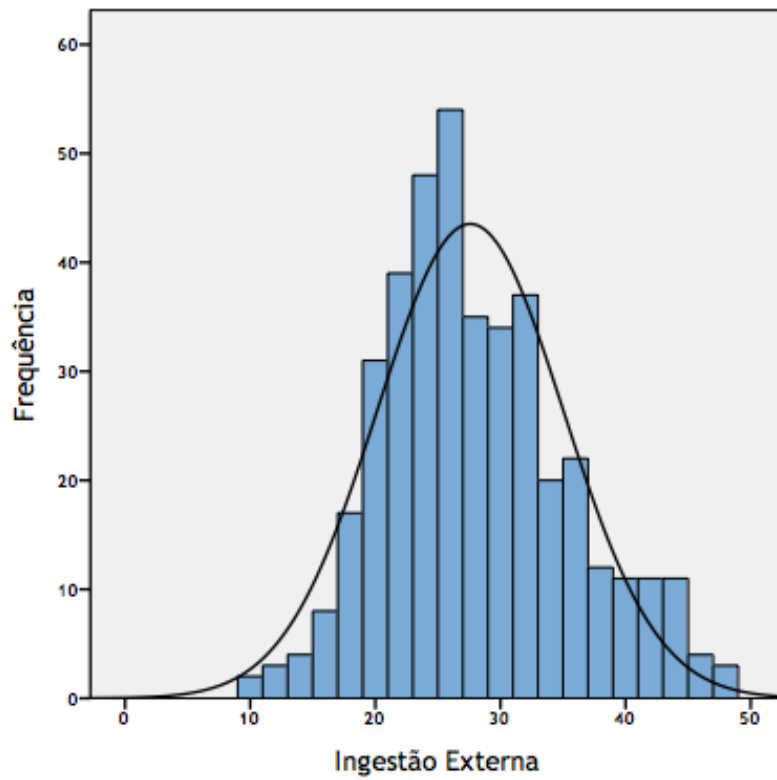


Figura 3:
Distribuição dos 406 sujeitos segundo o resultado obtido na subescala Ingestão Externa

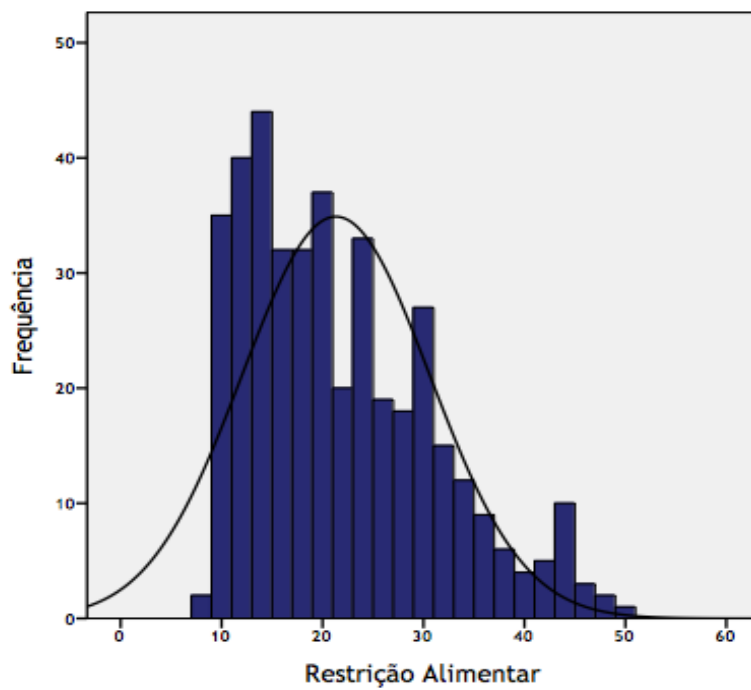


Figura 4:
Distribuição dos 406 sujeitos segundo o resultado obtido na subescala Restrição Alimentar

3.1.2 Autoeficácia Alimentar

Relativamente aos resultados obtidos pelos sujeitos inquiridos (cf. Tabela 10), é de salientar que a média dos mesmos na EAEAG é de 13,40 (DP= 4). Relativamente à pontuação mais frequentemente obtida pelos inquiridos, é de salientar que esta é classificada como relativamente baixa, no sentido em que as pontuações obtidas encontram-se entre os 0 e os 20 pontos.

Tabela 10:

Estatística descritiva da EAEAG

Autoeficácia	
N	406
Média	13,40
Mediana	14
Moda	12
Desvio Padrão (DP)	4
Variância	16,03
Mínimo	0
Máximo	20
Percentis	
25	11
50	14
75	16

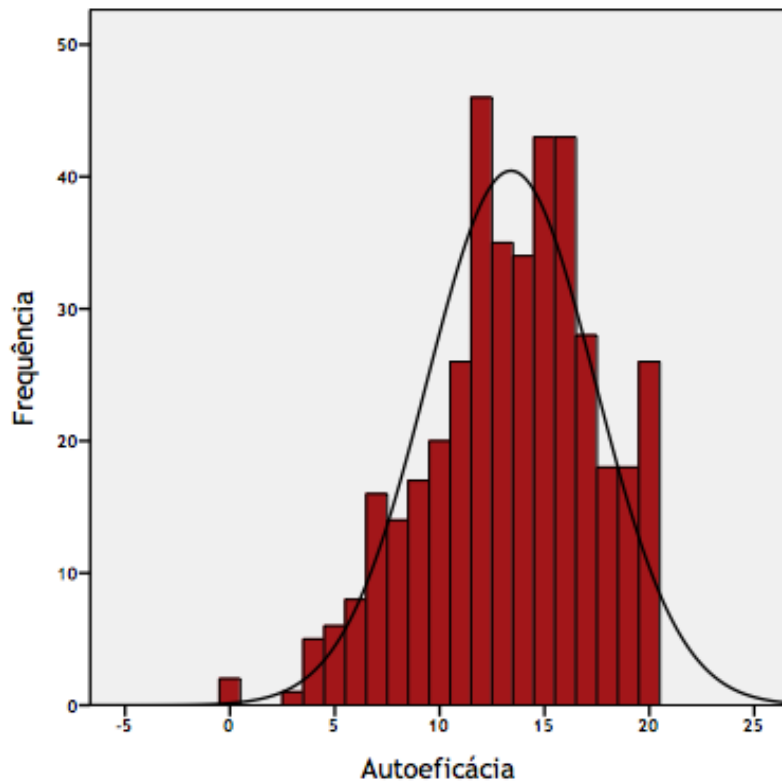


Figura 5:

Distribuição dos 406 sujeitos segundo o resultado obtido na EAEAG

3.1.3 Índice de Massa Corporal (IMC)

Relativamente ao ao cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) dos inquiridos, importa referir que foi criada uma nova variável obedecendo à seguinte fórmula: $IMC = \text{Peso} / (\text{Altura})^2$, classificando os resultados de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). De salientar também que esta se refere às percepções dos estudantes sobre o seu peso e altura não tendo sido feita uma avaliação formal da mesma. É importante referir que 59 dos inquiridos não procederam ao registo do seu respetivo peso e altura, sendo que desta forma foram excluídos da amostra em estudo.

Assim da análise dos resultados, e de acordo com a OMS, é possível identificar 119 Indivíduos com Baixo Peso (29,3 %), 260 com Peso Normal (64 %), 22 com Excesso de Peso (5,4 %), 4 com Obesidade de Grau I (1,0 %) e ainda 1 com Obesidade de Grau II (0,2 %). Da análise dos dados, presentes na Tabela 11, conclui-se que a maioria dos inquiridos se encontra na categoria Peso Normal (269) seguido da categoria Baixo Peso (119), que em conjunto representam 93,3 % da amostra em estudo. É de destacar ainda que não existiram inquiridos na categoria Obesidade Mórbida (cf. Tabela 11).

Tabela 11:

Estatística descritiva da amostra, segundo a classificação do IMC pela OMS

Classificação do IMC pela OMS	n	Porcentagem (%)
Baixo peso (<18)	119	29,3
Peso Normal (18-24,99)	260	64,0
Excesso de Peso (25-29,99)	22	5,4
Obesidade de Grau I (30-34,99)	4	1,0
Obesidade de Grau II (35-39,99)	1	.2
Total	406	100

3.2 Resultados dos Testes de Hipóteses

Posto isto, e após o estudo descritivo dos resultados do protocolo de investigação administrado, sucedido no ponto anterior, proceder-se-á a verificação das associações propostas nas hipóteses anteriormente delineadas.

3.2.1 Comportamento Alimentar e Autoeficácia Alimentar

Relativamente às primeiras três hipóteses formuladas, existência de uma associação entre o Comportamento Alimentar, mais precisamente a Restrição Alimentar, a Ingestão Emocional e a Ingestão Externa, e a Autoeficácia Alimentar optamos pela utilização do Teste de Associação, mais precisamente o Coeficiente de Correlação de Pearson. Optamos por este pelo mesmo se apresentar como mais adequado para explorar a relação entre duas variáveis escalares.

Assim, primeiramente, verificamos a existência de uma associação significativa entre a Autoeficácia e a Restrição Alimentar (H1). Neste caso, a correlação encontrada é de $r = -.031$ com uma probabilidade associada de $p = .53$. Perante o valor da probabilidade, conclui-se que estamos perante uma associação fraca, estatisticamente não significativa entre as variáveis estudadas (cf. Tabela 14). Assim sendo, é possível aferir que a Autoeficácia não parece estar relacionada com a Restrição Alimentar, caracterizada por ciclos de restrição alimentar intercalados com ciclos de desinibição alimentar.

Tabela 14:

Coeficiente de correlação de Pearson entre a subescala Restrição Alimentar e a Autoeficácia Alimentar

		Autoeficácia	Restrição Alimentar
Autoeficácia	Coeficiente de Correlação	1	-.31
	Sig. (2 extremidades)	.	.53
	N	406	406
Restrição Alimentar	Coeficiente de Correlação	-.31	1
	Sig. (2 extremidades)	.53	.
	N	406	406

Em seguida, verificamos a existência de uma associação significativa entre a Autoeficácia Alimentar e a Ingestão Emocional (H2). Neste caso, a correlação encontrada é de $r = -.27$ com uma probabilidade associada de $p = .000$. Assim, o valor da probabilidade associado ao coeficiente de correlação, $p < .01$, permite-nos rejeitar a hipótese nula (H_0), e conseqüentemente concluir que parece existir uma associação entre a Autoeficácia Alimentar e a Ingestão Emocional. Trata-se, pois, de uma correlação negativa estatisticamente significativa, o que revela que maiores níveis de Autoeficácia Alimentar estão associados a menor níveis de Ingestão Emocional. Ou, alternativamente, menores níveis de Autoeficácia Alimentar parecem estar associados a maiores níveis de Ingestão Emocional (cf. Tabela 12). Isto é, os indivíduos que percecionem maior Autoeficácia Alimentar tendem a optar por uma resposta mais adequada perante situações que desencadeiam estados emocionais negativos.

Tabela 12:

Coeficiente de correlação de Pearson entre a subescala Ingestão Emocional e a Autoeficácia Alimentar

		Autoeficácia	Ingestão Emocional
Autoeficácia	Coeficiente de Correlação	1	-.27
	Sig. (2 extremidades)	.	.000**
	N	406	406
Ingestão Emocional	Coeficiente de Correlação	-.27	1
	Sig. (2 extremidades)	.000**	.
	N	406	406

** Correlação significativa para um nível de .01 (2-tailed).

Por último, verificamos a existência de uma associação significativa entre a Autoeficácia Alimentar e a Ingestão Externa (H3). Neste caso, a correlação encontrada é de $r = -.20$ com uma probabilidade associada de $p = .000$. Assim, o valor da probabilidade associado ao coeficiente de correlação, $p < .01$, permite-nos rejeitar a hipótese nula (H_0), e conseqüentemente concluir que existe uma associação entre a Autoeficácia Alimentar e a Ingestão Externa. Trata-se, pois, de uma correlação negativa estatisticamente significativa, o que mostra que uma maior percepção de Autoeficácia Alimentar por parte do indivíduo está associada a menores níveis de Ingestão Externa. Ou, alternativamente, menor percepção de Autoeficácia Alimentar está associada a maiores níveis de Ingestão Externa (cf. Tabela 13). Isto é, quanto maior for a percepção de Autoeficácia Alimentar menores serão os níveis de Ingestão Externa, ou seja, menor sensibilidade a estímulos externos.

Tabela 13:

Coefficiente de correlação de Pearson entre a subescala Ingestão Externa e a Autoeficácia Alimentar

		Autoeficácia	Ingestão Externa
Autoeficácia	Coeficiente de Correlação	1	-.20
	Sig. (2 extremidades)	.	.000**
	N	406	406
Ingestão Externa	Coeficiente de Correlação	-.20	1
	Sig. (2 extremidades)	.000**	.
	N	406	406

** Correlação significativa para um nível de .01 (2-tailed).

3.2.2 Índice de Massa Corporal (IMC) e Comportamento Alimentar

Relativamente à quarta, quinta e sexta hipóteses, que objetivam averiguar a existência de uma associação significativa entre a classificação do IMC, segundo a OMS, e o Comportamento Alimentar nas suas dimensões (Restrição Alimentar, a Ingestão Emocional e a Ingestão Externa) utilizamos o Teste de Associação, mais precisamente o Coeficiente de Correlação de Spearman. Optamos por este pelo mesmo se apresentar como mais adequado para explorar a relação entre uma variável escalar e uma variável ordinal.

Assim, primeiramente, verificamos a existência de uma associação significativa entre a classificação do IMC e Restrição Alimentar (H4). Neste caso, a correlação encontrada é de $\rho = .30$ com uma probabilidade associada de $p = .000$. Deste modo, o valor da probabilidade associado ao coeficiente de correlação, $p < .01$, permite-nos rejeitar a hipótese nula (H_0), e conseqüentemente concluir que existe uma associação entre a classificação do IMC e a Restrição Alimentar. Trata-se, pois, de uma correlação positiva estatisticamente significativa,

o que revela que maior IMC está associado a maiores níveis de Restrição Alimentar. Ou, alternativamente, menor IMC está associado a menores níveis de Restrição Alimentar (cf. Tabela 16). Isto é, através do resultado obtido é possível aferir que maior IMC parece estar associado a maiores tentativas, desenvolvidas de forma consciente, na redução da Ingestão Alimentar, caracterizada por ciclos de restrição alimentar intercalados com ciclos de desinibição alimentar.

Tabela 16:

Coeficiente de correlação de Spearman entre a classificação do IMC e a subescala Restrição Alimentar

		Classificação do IMC	Restrição Alimentar
Classificação do IMC	Coeficiente de Correlação	1,000	.30
	Sig. (2 extremidades)	.	.000**
	N	406	406
Restrição Alimentar	Coeficiente de Correlação	.30	1,000
	Sig. (2 extremidades)	.000**	.
	N	406	406

** Correlação significativa para um nível de .01 (2-tailed).

Em seguida, procuramos verificar a existência de uma associação significativa entre a classificação do IMC e Ingestão Emocional. Neste caso, a correlação encontrada é de $\rho = .14$ com uma probabilidade associada de $p = .003$. Assim, o valor da probabilidade associado ao coeficiente de correlação, $p < .01$, permite-nos rejeitar a hipótese nula (H_0), e consequentemente concluir que existe uma associação entre a classificação do IMC e a Ingestão Emocional. Trata-se, pois, de uma correlação positiva estatisticamente significativa, o que significa que maior IMC está associado a maiores níveis de Ingestão Emocional. Ou, alternativamente, menor IMC está associado a menores níveis de Ingestão Emocional (cf. Tabela 15). Assim sendo, é possível aferir que indivíduos que apresentem maior IMC tendem a optar por respostas inadequadas perante situações que desenvolvem estados emocionais negativos, assim como o contrário também se verifica.

Tabela 15:

Coefficiente de correlação de Spearman entre a classificação do IMC e a subescala Ingestão Emocional

		Classificação do IMC	Ingestão Emocional
Classificação do IMC	Coeficiente de Correlação	1,000	.14
	Sig. (2 extremidades)	.	.003**
	N	406	406
Ingestão Emocional	Coeficiente de Correlação	.14	1,000
	Sig. (2 extremidades)	.003**	.
	N	406	406

** Correlação significativa para um nível de .01 (2-tailed).

Por último, verificamos ainda a existência de uma possível relação entre a classificação do IMC e Ingestão Externa. Neste caso, a correlação encontrada é de $\rho = -.02$ com uma probabilidade associada de $p = .708$. Perante o valor da probabilidade conclui-se que estamos perante a existência de uma associação fraca estatisticamente não significativa entre as variáveis estudadas (cf. Tabela 17). Posto isto, é possível aferir que o IMC parece não estar associado à Ingestão Externa, ou seja, este poderá estar associado à maior sensibilidade por parte do indivíduo a estímulos internos, comparativamente aos externos.

Tabela 17:

Coefficiente de correlação de Spearman entre a classificação do IMC e a subescala Ingestão Externa

		Classificação do IMC	Ingestão Externa
Classificação do IMC	Coeficiente de Correlação	1,000	-.02
	Sig. (2 extremidades)	.	.708
	N	406	406
Ingestão Externa	Coeficiente de Correlação	-.02	1,000
	Sig. (2 extremidades)	.708	.
	N	406	406

3.2.3 Índice de Massa Corporal (IMC) e Autoeficácia Alimentar

No que respeita à última hipótese em estudo, existência de uma associação significativa entre a classificação do IMC, segundo a OMS, e a Autoeficácia Alimentar (H7) utilizamos o Teste de Associação, mais precisamente o Coeficiente de Correlação de Spearman. Optamos por este pelo mesmo se apresentar como mais adequado para explorar a relação entre uma variável escalar e uma variável ordinal.

Neste caso, a correlação encontrada é de $\rho = -0,15$ com uma probabilidade associada de $p = 0,003$. Assim, o valor da probabilidade associado ao coeficiente de correlação, $p < 0,01$, permite-nos rejeitar a hipótese nula (H_0), e consequentemente concluir que existe uma associação entre a classificação do IMC e a Autoeficácia. Trata-se, pois, de uma correlação negativa estatisticamente significativa, o que significa que maior IMC está associado a menor perceção de Autoeficácia Alimentar. Ou, alternativamente, menor IMC está associado a maior perceção de Autoeficácia Alimentar (cf. Tabela 18).

Tabela 18:

Coeficiente de correlação de Spearman entre a classificação do IMC e a Autoeficácia Alimentar

		Classificação do IMC	Autoeficácia
Classificação do IMC	Coeficiente de Correlação	1,000	-0,148
	Sig. (2 extremidades)	.	0,003**
	N	406	406
Autoeficácia	Coeficiente de Correlação	-0,148	1,000
	Sig. (2 extremidades)	0,003**	.
	N	406	406

** Correlação significativa para um nível de .01 (2-tailed).

Capítulo IV. Discussão dos Resultados e Conclusões

Relativamente aos resultados obtidos, acerca de uma possível associação estatisticamente significativa entre a Autoeficácia e o Comportamento Alimentar, apenas a Ingestão Emocional ($r=.270$) e a Ingestão Externa ($r=.208$) parecem evidenciar uma relação estatisticamente significativa com a Autoeficácia Alimentar.

Pelo exposto, estas classificam-se como negativas, isto é, os indivíduos que percecionem maior Autoeficácia Alimentar tendem a optar por uma resposta mais adequada perante situações que desencadeiam estados emocionais negativos, assim como maior sensibilidade a estímulos internos, comparativamente aos externos. Ou, alternativamente, os indivíduos que percecionem menor Autoeficácia Alimentar tendem a optar por uma resposta inadequada perante situações que desencadeiam estados emocionais negativos, assim como maior sensibilidade a estímulos externos, comparativamente aos Internos.

No entanto, e relativamente à Restrição Alimentar, estamos perante uma associação fraca estatisticamente não significativa. Assim é possível aferir que a Autoeficácia Alimentar não parece estar relacionada com ingestão alimentar, sendo esta caracterizada por ciclos de restrição alimentar intercalados com ciclos de desinibição alimentar. Este resultado poderá advir das características dos participantes da presente investigação, mais precisamente da perceção do IMC que os mesmos apresentam. Quer isto dizer que a maioria dos inquiridos, segundo a classificação do IMC pela OMS, revelam Baixo Peso (29,3 %) e Peso Normal (64,0%), sendo desta forma possível aferir que os inquiridos não apresentam resultados significativos no que respeita à Restrição Alimentar. De acordo com alguns autores indivíduos, com este IMC, não tendem a desenvolver tentativas na redução de ingestão alimentar, caracterizada por ciclos de restrição alimentar intercalados com ciclos de desinibição alimentar (Elfhag & Morey, 2008; Van Strien *et al.* citado por Viana, 2014).

Posto isto, futuramente, no nosso entender seria pertinente explorar as diferentes características do controlo do comportamento alimentar, mais precisamente avaliar os dois tipos de restrição: o controlo rígido e o controlo flexível, para melhor entendimento desta variável.

Para concluir, e relativamente ao papel da Autoeficácia Alimentar nos comportamentos alimentares, são poucas as referências na literatura, especificamente com as três dimensões do comportamento alimentar supramencionadas. No entanto, os estudos evidenciam o seu papel nos hábitos alimentares em geral, ou na relação da mesma no

consumo de certos alimentos ou até nutrientes específicos (Póinhos, Canelas, Oliveira & Correia, 2013). As conclusões dos estudos sugerem que a promoção da Autoeficácia Alimentar promove uma mudança e posterior manutenção do comportamento alimentar (Shannon, Bagby, Wang & Treknner, 1999; Yen, Shannon, Bagby, Wang & Traib, 2014) aquando da implementação de um programa nutricional, sugerindo assim a associação da Autoeficácia Alimentar com o comportamento alimentar.

Por sua vez, de acordo com os resultados obtidos acerca da possível relação entre o IMC e o Comportamento Alimentar, apenas a Ingestão Emocional ($\rho=0,147$) e a Restrição Alimentar ($\rho=0,253$) parecem evidenciar uma relação estatisticamente significativa com o IMC, classificada como positiva. Isto é, os indivíduos que parecem apresentar maior IMC tendem a revelar maiores níveis de Ingestão Emocional e de Restrição Alimentar, assim como o contrário também se verifica. Queremos com isto referir que indivíduos com apresentem maior IMC tendem, perante situações ditas ameaçadoras, produzir respostas desadequadas caracterizadas pela desinibição alimentar o que, conseqüentemente, origina uma ingestão excessiva. Por outro lado, os resultados ainda referem que os sujeitos com maior IMC tendem a desenvolver tentativas, de forma consciente, na redução da ingestão alimentar a fim de controlar o peso corporal, sendo esta responsável pela obesidade (Viana, 2002; Viana & Sinde, 2003).

Tal como noutros trabalhos (Vieira, 2014), verificou-se uma correlação positiva, estatisticamente significativa, entre o IMC e a Ingestão Emocional. Ou seja, de acordo com Matcht e Simons (2000 citado por Vieira, 2014), a relação existente entre o comportamento e as emoções é claramente forte, diferindo a quantidade de alimentos ingeridos. Estes resultados são claramente concordantes com Snoek, Van Strien, Janssens e Engels (2007), ao afirmarem que o ser humano tende a ingerir alimentos em excesso perante estados emocionais mais intensos e negativos. Isto é, a situação que desencadeia estados emocionais negativos parece sobrepôr-se à necessidade de controlar a ingestão alimentar, levando à desinibição alimentar por parte do indivíduo (Vieira, 2014). Por sua vez, inúmeros autores ainda encontram uma correlação estatisticamente significativa entre a desinibição alimentar e o neuroticismo, depressão, baixa auto-estima entre outras (Vieira, 2014). Posto isto, e para concluir, a literatura evidencia a associação da Ingestão Emocional com o IMC.

Por outro lado, relativamente à correlação positiva encontrada entre o IMC e a Restrição Alimentar, verificaram-se resultados semelhantes aos encontrados na literatura. É de denotar que esta tem sido claramente mais investigada na área das Perturbações do Comportamento Alimentar e Obesidade, sendo os resultados reflexo do mesmo. Assim, estes indicam a existência de uma diferença estatisticamente significativa no que respeita aos níveis de Restrição Alimentar nos indivíduos com excesso de peso, comparativamente aos de peso normal (Rebello & leal, 2007). Assim, os que apresentam excesso de peso parecem desenvolver tentativas, de forma consciente, na redução da ingestão alimentar a fim de

controlar o peso corporal. Contudo, e tal como já foi referido anteriormente, a população em estuda apresenta níveis de IMC relativamente baixos, estando naturalmente associados a menores níveis de restrição alimentar.

No entanto, e relativamente à relação da Ingestão Externa com o IMC, os resultados obtidos não se encontram em concordância com a literatura. Esta sugere que este comportamento apresenta uma forte correlação com o IMC, isto é, foram encontradas evidências que, comparados com indivíduos com peso normal, os com excesso de peso revelavam maior desinibição, ou seja, maiores níveis de Ingestão Externa (Vieira, 2014). Assim, segundo Viana e Leal (2013), os indivíduos obesos tendem a apresentar maior sensibilidade a estímulos externos. Será que os resultados obtidos na presente investigação podem advir do facto de a população mais jovem ser, do ponto de vista psicológico, socioeconómico ou até mesmo cultural, influenciada pelo meio em que se encontra inserida, mais precisamente o ambiente familiar (Rossi, Moreira & Rauen, 2008)? As atitudes são inevitavelmente reflexo desse mesmo ambiente e poderão estar a influenciar o comportamento alimentar das crianças. Pelo exposto, a população em estudo, e tendo também em conta os itens constituintes da subescala Ingestão Externa, poderá apresentar maior sensibilidade a estímulos internos, comparativamente com os estímulos externos, resultado da influência do meio familiar.

Por fim, no que concerne aos resultados acerca da possível associação entre o IMC e Autoeficácia Alimentar, a correlação encontrada é de $\rho=-0,148$ com uma probabilidade associada de $p=0,003$. Trata-se, pois, de uma correlação negativa estatisticamente significativa, o que mostra que maiores níveis de IMC estão associados a uma menor perceção de Autoeficácia Alimentar. Ou, alternativamente, menores níveis de IMC estão associados a uma maior perceção de Autoeficácia Alimentar.

Posto isto, os resultados encontrados revelam-se coincidentes com os desenvolvidos pela literatura, ou seja, um estudo correlacional, levado a cabo por Annesi e Whitaker (2010), sugere que alterações significativas do IMC estão relacionadas com os seus níveis de Autoeficácia Alimentar. Isto é, segundo os autores, a diminuição do IMC encontrava-se claramente correlacionada com o aumento da Autoeficácia ao longo do tempo. Póinhos, Oliveira e Correia (2013) encontraram resultados coincidentes com estes, concluindo que os indivíduos de ambos os sexos que revelaram uma elevada Autoeficácia apresentavam menor IMC. Deste modo, a literatura evidencia a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a Autoeficácia Alimentar e o IMC.

Após a discussão dos resultados apresentados concluímos que esta dissertação permitiu investigar e compreender a relação entre o Comportamento Alimentar e a Autoeficácia Alimentar em Crianças e Adolescentes.

Desta forma procuramos com este estudo contribuir para o conhecimento científico do comportamento alimentar, apoiando o desenvolvimento de estratégias e programas de prevenção e promoção da saúde, bem como de combate ao excesso de peso. Assim, objetivamos aprofundar o conhecimento acerca do papel da Autoeficácia Alimentar no Comportamento Alimentar, apesar de os resultados obtidos exigirem prudência na respetiva interpretação e generalização dos resultados obtidos, assim como a respetiva interpretação posterior destes.

Segundo a OMS, tanto a obesidade como outras doenças crónicas relativas ao comportamento alimentar têm sido cada vez mais observadas em crianças e adolescentes, emergindo deste modo o desenvolvimento de estratégias de prevenção e promoção da saúde nestas faixas etárias. Isto é, a prevenção na idade escolar pode auxiliar na prevenção na progressão da epidemia do excesso de peso na população adulta (Magarey, 2003 citado por Morais, 2016). Assim, concluímos que emerge a necessidade de aprofundamento desta temática, dado que a Autoeficácia, definida como uma variável cognitiva de cariz motivacional, está intimamente ligada à saúde e à adoção de estilos de vida saudáveis, sendo esta determinante na adesão em comportamentos de saúde.

Na sequência do referido, a avaliação dos sistemas de crenças intrínsecas, em particular da Autoeficácia Alimentar, poderá proporcionar novas direções para a conceção de intervenção que visem por um lado proporcionar uma maior perda de peso corporal e, por outro, desenvolver estados afetivos mais positivos. Entende-se assim que é necessário enfatizar as estruturas internas dos indivíduos para o desenvolvimento de programas mais eficazes para a perda de peso corporal na obesidade (Dennis & Goldberg, 1996). Posto isto, e fruto da heterogeneidade dos resultados individuais obtidos, a literatura tem enfatizado os preditores por forma a prever os resultados obtidos na perda de peso (Magarey, 2003 citado por Morais, 2016).

As limitações do estudo prendem-se primeiramente com as características da amostra, mais precisamente com o facto da maioria dos inquiridos, segundo a classificação do IMC pela OMS, revelarem Baixo Peso (29,3 %) e Peso Normal (64,0%) o que impossibilitou a análise de diferenças das associações estudadas entre os diferentes grupos (Indivíduos com peso normal e com excesso de peso).

Por sua vez, as condicionantes inerentes à amostragem não probabilística, mais precisamente de conveniência, também podem ser apontadas como uma limitação.

Do mesmo modo, outra das limitações da presente investigação remete para a variável Índice de Massa Corporal (IMC), encontrada através da perceção que os indivíduos apresentavam relativamente ao seu peso e altura, não resultando, assim, da aferição efetiva desses dados. Por esta razão, importa futuramente recolher com rigor os valores relativos ao peso e altura de cada participante da amostra, a fim de obter o cálculo do IMC real.

Referências Bibliográficas

- Abusabha, R. & Achterberg, C. (1997). Review of self-efficacy and locus of control for nutrition and health related behavior. *Journal of the American Dietetic Association*, 97(10), 1122-1132.
- Alves, D. M. A. M. (2014). Comportamento Alimentar em Estudantes de Ciências da Nutrição: Comparação com estudantes de outros cursos (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação- Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Amaral, J. C. (1993). Auto-Eficácia, Auto-Regulação e Desempenho na Realização de tarefas cognitivas (Dissertação de Mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.
- Annesi, J. J. & Whitaker, A. C. (2010). Psychological Factors Discriminating Between Successful and Unsuccessful Weight Loss in a Behavioral Exercise and Nutrition Education Treatment. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17(3), 168-175.
- Anschutz, D. J., Strien, T. V., Van De Ven, M. O. M. & Engels, R. C. M. E. (2009). Eating Styles and Energy Intake in Young Women. *Appetite*, 53, 119-122.
- Azevedo, A. L. M. (2012). Aspectos Psicológicos, Estilo Alimentar e Satisfação Corporal em dois Grupos de Participantes do Programa PESO, a decorrer no CHCB (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior - Ciências Sociais e Humanas, Covilhã, Portugal.
- Bandura, A. (1989). Human Agency in social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 9 (44), 1175-1184.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.

- Bandura A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 84, 191-215.
- Bernier, M. & Avar, J. (1986). Self-Efficacy, Outcome and Attrition in a Weight-Reduction Program. *Cognitive Therapy and Research.* 10, 319- 338.
- Birch, L. L., & Fisher, J. O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics - Official Journal of The American Academy of Pediatrics*, 101, 539-549.
- Cardoso, A. F. M. (2013). Estado Nutricional da Criança: Influência do Comportamento Alimentar e da Cultura Organizacional da Família (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, Portugal.
- Carmo, I. (2001). *Doenças do comportamento Alimentar*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Castro, M. A. S. N. (2007). Processos de auto-regulação da aprendizagem: impacto de variáveis académicas e sociais (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho - Instituto de Educação e Psicologia, Braga, Portugal.
- Cebolla, A., Barrada, J. R., Strien, T.V., Oliver, E. & Baños, R. (2014). Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a Sample of Spanish Women. *Appetite*, 73, 58-64.
- Correia, P. C. (2013). Custos Socioeconómicos da Obesidade: Estudo de caso (Dissertação de mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública- Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Costa, A. R., Araújo, A. M. & Almeida, L.S. (2014). Relação entre Percepção da Autoeficácia Académica e o Engagement de Estudantes de Engenharia. *Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology.* 1 (2), 307-314.
- Dennis, K. E. & Goldberg, A. P. (1996). Weight Control Self-Efficacy Types and Transitions Affect Weight- Loss Outcomes in Obese Women. *Addictive Behaviors.* 21, 103- 116.

- Faria, L. & Simões, L. (2002). Auto-eficácia em contexto educativo. *Psychologica*. 31, 177-196.
- Fonseca, E. P. A. M. (2009). Auto-Eficácia Académica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 1 (2), 331- 336.
- Fructuoso, F. A. S. P. C. (2015). Influência das Dimensões de Vinculação sobre a Regulação Emocional e o Comportamento Alimentar nos Jovens Adultos (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias- Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Lisboa, Portugal.
- Leitão, M. R. (2011). Quando o desejo se submete à necessidade de comer...características do comportamento alimentar numa amostra de mulheres com obesidade (Dissertação de Mestrado). ISPA- Instituto Superior, Lisboa, Portugal.
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five Countries. *International Journal of Psychology*, 40(2), 80-89.
- Luszczynska, A. & Schwarzer, U. S. R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. *The Journal of Psychology*, 139 (5), 439-457.
- Marques, A. A. G., Vaquinhas, M. M. C. M., Luzio, F. C. M. & Martins, J. C. A. (2011). Hábitos Alimentares: Validação de uma Escala para a População Portuguesa. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 15(2), 402-409.
- Melo, S. H. & Tapadinhas, A. R. (2012). Relação entre o Comportamento Alimentar de Pais e Filhos. *Psychology, Community & Health*. 3(1), 273- 284.
- Mohebi, S., Azadbakht, L., Feizi, A., Sharifirad, G. & Kargar, M. (2013). Review the Key Role of Self-Efficacy in Diabetes Care. *Journal of Education and Health Promotion*. 36 (2), 1.19.
- Morais, R. A. C. (2016). Estudo estatura-ponderal de crianças no 1º ciclo do ensino básico: caracterização e correlatos parentais (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação- Universidade do Porto, Porto, Portugal.

- Natacci, L. C. & Júnior, M. F. (2011). The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Revista de Nutrição*. 24 (3), 383-394.
- Neves, S. P. & Faria, L. (2007). Auto-eficácia acadêmica e atribuições causais em Português e Matemática. *Análise Psicológica*. 4 (25), 635-652.
- Neves, S. P. & Faria, L. (2009). Auto-conceito e Auto-eficácia: semelhanças, diferenças, inter-relação e influência no rendimento escolar. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*. 209-218.
- Onis, M. & Habitch, J. P. (1996). Anthropometric reference data for international use: recommendations from a World Health Organization Expert Committee. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 64, 650-658.
- Pais Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde. Instrumentos Publicados em Português*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Passos, D. R., Gigante, D. P., Maciel, F. V. & Matijasevich, A. (2015). Comportamento alimentar infantil: comparação entre crianças sem e com excesso de peso em uma escola do município de Pelotas, RS. *Revista Paulista de Pediatria*. 33 (1), 42-49.
- Pereira, C. M., Silva, A. L. & Sá, M. I. (2015). Fatores que influenciam os comportamentos alimentares: questionário das escolhas alimentares dos adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 16 (3), 421-438.
- Peterson, R. A. (1994). A meta-analysis of Cronbach's coefficient alpha. *Journal of Consumer Research*. 21 (2), 381-391.
- Póinhos, R., Canelas, H., Oliveira, B. & Correia, F. (2013). Desenvolvimento e Validação de uma escala de autoeficácia alimentar. *Alimentação Humana*, 19 (2), 65 - 72.
- Póinhos, R., Oliveira, B. M. P. M. & Correia, F. (2013). Padrões de Comportamento Alimentar e IMC em Estudantes do Ensino Superior. *Alimentação Humana*, 19 (1), 22-64.
- Ramos, M. & Stein, L. M. (2000). Desenvolvimento do Comportamento Alimentar Infantil. *Jornal de Pediatria*. 76 (3), 229-237.

- Rebello, A. & Leal, I. (2007). Factores de Personalidade e Comportamento Alimentar em Mulheres Portuguesas com Obesidade Mórbita: Estudo Exploratório. *Análise Psicológica*. 3(25), 467-477.
- Rito, A. I. Paixão, Carvalho, & Ramos. (2010). *Childhoodobesity surveillance initiative: COSI Portugal 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
- Rossi, A., Moreira, E. A. M. & Rauen, M. S. (2008). Determinantes do Comportamento Alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Revista de Nutrição*. 21 (6), 739-748.
- Strecher, V. J., Devellis, M. B., Becker, M. H. & Rosenstock, I. M. (1986). The Role of Self-Efficacy in Achieving Health Behavior Change. *Health Education Quarterly*. 1(13), 73-92.
- Shannon, B., Bagby, R., Wang, M. Q. & Trenkner, L. (1999). Self- Efficacy: A Contributor to the Explanation of Eating Behavior. *Health Education Research*. 4(5), 395- 407.
- Snoek, H. M., Van Strien, T., Janssens, J. M. A. M. & Engels, R. C. M. E. (2007). Emocional, external, restrained eating and overweight in Dutch adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*. 48, 23-32.
- Teixeira, P. J., Going, S. B., Sardinha, L. B. & Lohman, T. G. (2005). A Review of Psychosocial Pre-Treatment Preditors of Weight Control. *Obesity Reviews*. 6, 43-65.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o Estudo do Comportamento Alimentar. *Análise Psicológica*. 4 (10), 611-624.
- Viana, T. C. & Leal, I. (2013). *Sintomas alimentares, Cultura, Corpo e Obesidade: Questões Clínicas e de Avaliação*. Lisboa: Placebo Editora.
- Viana, V. & Sinde, S. (2003). Estilo Alimentar: Adaptação e Validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8, 59-71.

- Viana, V. & Sinde, S. (2008). O comportamento alimentar em crianças: Estudo de validação de um questionário numa amostra portuguesa (CEBQ). *Análise Psicológica*. 1(26), 111-120.
- Viana, V., Candeias, L., Rego, C. & Silva, D. (2009). Comportamento Alimentar em Crianças e Controlo Parental: Uma Revisão da Bibliografia. *Alimentação Humana*. 1(15), 9-16.
- Vieira, F. E. M. (2014). Da acção à emoção: O Psicodrama no tratamento da Obesidade- Estudo da eficácia e do processo terapêutico (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação- Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Yen, W. C., Shariff, Z. M., Kandiah, M. & Taib, M. N. M. (2014). Stage of Change to Increase Fruit and Vegetable Intake and its Relationships with Fruit and Vegetable Intake and Related Psychosocial Factors. *Nutrition Research and Practice*. 8(3), 297-303.
- Zimmerman, B. J. (2000). Self-Efficacy: An Essential Motive to Learn. *Contemporary Educational Psychology*. 25, 82- 91.