



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

**A autoeficácia alimentar, a perceção de competência
e as necessidades psicológicas básicas: Estudo
exploratório**

(Versão Final Após Defesa)

João Bernardo Arrojado Cristino Simões Martins

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Psicologia Clínica e da Saúde

(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutora Ludovina Maria de Almeida Ramos

Covilhã, Dezembro de 2018

Agradecimentos

À professora Doutora Ludovina Ramos, pela orientação, paciência, dedicação e por acreditar que sou capaz de melhor.

Aos meus pais pela presença, constante dedicação e suporte ao longo de toda a minha vida.

Aos meus amigos, em particular: À Joana e ao Gabriel por estarem comigo nos bons e nos maus momentos, por norma, com muita pontaria; Ao Catatão e ao Rui, por mesmo estando longe, continuarem a ser dos que mais próximos estão; À Ana Filipa, por mesmo depois de muitos anos, continuar a preocupar-se e continuar a estar lá quando necessário; A Andreia, pelo companheirismo e pelos bons conselhos de vida, e presença sempre reconfortante; Aos rapazes do curso, por todos os momentos inesquecíveis, em particular ao Jaime, Fábio, Afonso, Quelhas, Gabi e Quintino; À Sara, por estar sempre online as 5 da manhã; À Sofia, por ser uma chata, mas uma chata espetacular; À Dalila, pelos múltiplos cafés; À Mariana, por desde Coimbra me passar motivação; Ao Hélio, por ser um exemplo de humildade, trabalho árduo, brilhantismo e uma pessoa incrível; Ao pessoal do TS pela companhia noites fora; Ao restante pessoal da Covilhã e do Entroncamento, que me marcaram de uma maneira ou outra, a todos um obrigado.

Resumo

É conhecida a importância da adolescência e da infância para a formação de um indivíduo, sendo que os comportamentos adquiridos nestas fases de vida poderão ter repercussões para todo o percurso de vida do indivíduo. Os comportamentos de saúde, e em particular os comportamentos alimentares não são exceção, sendo os comportamentos adquiridos durante esta fase de vida possivelmente mantidos ao longo de todo o ciclo de vida do indivíduo, ganhando assim o seu estudo nestas fases particular importância.

Este estudo focou-se na análise das correlações entre as variáveis medidas por 3 instrumentos em particular na Escala de Perceções de Competência de William Freedman e Ryan Deci, adaptada para a população portuguesa por Mestre e Pais Ribeiro (2008), na Escala de Autoeficácia Alimentar Global (Poinhos Et al., 2013) e na Escala Balanceada das Necessidades Psicológicas Básicas desenvolvida por Sheldon e Hilpert (2012) com o nome *Balanced Measure of Psychological Needs Scale*, sendo que a versão portuguesa desta mesma escala foi desenvolvida em 2015 por Coldeiro, Paixão e Lens. Além do mais foi também aplicado um questionário sociodemográfico.

Durante este projeto foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica relativa ao tema em questão, com particular foco na visão da Teoria da Autodeterminação. Foi também caracterizada a amostra estudada, a amostra inclui alunos do 2º e 3º ciclos de escolaridade com idades compreendidas entre os 9 e os 17.

Os resultados vão de encontro ao que a bibliografia sugere, sendo verificadas diversas correlações significativas entre as três medidas em causa.

Palavras-chave:

Comportamento Alimentar, Perceção de Competência, Autoeficácia Alimentar, Teoria da Autodeterminação, Necessidades Psicológicas Básicas.

Abstract

It is known the importance of adolescence and childhood for the formation of an individual, and the behaviors acquired in these stages of life may have repercussions for the whole course of life of the individual. Health behaviors, and in particular eating behaviors are no exception, and the behaviors acquired during this stage of life are possibly maintained throughout the entire life cycle of the individual, thus making their study in these particular stages of life important.

This description focused on the analysis of the correlations between the variables measured by 3 instruments in particular, the Competence Perceptions Scale of William Freedman and Ryan Deci, adapted for the Portuguese population by Mestre and Pais Ribeiro (2008), in the Global Food Self-efficacy Scale (Poinhos et al., 2013) and the Basic Needs Scale developed by Sheldon and Hilpert (2012) under the name Balanced Measure of Psychological Needs Scale. The Portuguese version was developed in 2015 by Coldeiro, Paixão and Lens. A sociodemographic questionnaire was also applied.

During this project a bibliographical research was developed regarding the subject in question, with particular focus on the theory of self determination. The sample was characterized, and includes students from the 2nd and 3rd cycles of schooling aged 9 to 17.

The results are in agreement with what the bibliography suggests, with several significant correlations being verified between the three measures in question.

Keywords:

Food Behavior, Perceived Competence, Food Self-efficacy, Theory of Self-Determination, Basic Psychological Needs.

Índice

Capítulo I - Revisão Teórica.....	3
1. Revisão Teórica	3
1.1. Psicologia da Saúde	3
1.1.1. Psicologia da Saúde em Portugal	4
1.2. Comportamentos de Saúde e Comportamentos de Risco	6
1.3. Comportamento Alimentar	7
1.3.1. Aspetos Psicológicos no Comportamento Alimentar	9
1.3.2. Comportamento Alimentar em Crianças e Adolescentes	11
1.4. Autoeficácia Alimentar	15
1.5. Perceção de Competência	19
1.6. Teoria Autodeterminação	21
1.6.1. Teoria das Necessidades Psicológicas Básicas	24
1. Apresentação da investigação e metodologia	29
2. Investigação.....	29
3. Objetivos gerais e específicos da investigação	30
4. Metodologia	30
4.1. Participantes	30
4.2. Instrumentos.	36
4.3. Procedimentos	38
5. Tipologia do Estudo	40
Parte III Análise Estatística.....	41
1. Análise dos dados estatísticos	41
2. Análise Descritiva dos dados	41
2.1. Resultados Gerais da Escala da Perceção de Competência	41
2.2. Resultados Gerais para a Escala de Autoeficácia Alimentar Global	42
2.3. Escala Balanceada das Necessidades Psicológicas Básicas	42
3. Análise Inferencial	43
3.1. Correlação de Pearson.....	43
1. Discussão dos Resultados	49
2. Investigação Futura e Limitações	51
Conclusões.....	53
Considera-se que a pesquisa aqui apresentada contribui com diversos aspetos para o estudo do comportamento alimentar em crianças e adolescentes, num contexto escolar, tendo em conta, em particular, a teoria da autodeterminação. Este projeto acaba por reforçar as correlações existentes entre Perceção de Competência, Autoeficácia Alimentar e as Sub Escalas da Escala Balanceada das Necessidades Psicológicas Básicas.	53
Referencias Bibliográficas:.....	54

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição de Alunos Relativamente à Sua Idade (N = 824):

Tabela 2 - Distribuição dos Participantes, Relativamente ao Seu Ano de Escolaridade (N = 824)

Tabela 3 - Estatística Descritiva da Escala de Perceção de Competência (N = 824)

Tabela 4 - Estatística Descritiva da Escala de Autoeficácia Alimentar Global (N = 824)

Tabela 5 - Estatística Descritiva da Escala Balanceada das Necessidades Psicológicas Básicas

Tabela 6 - Resultados do Coeficiente de Correlação de Pearson Para a Associação Entre de Perceção de Competência e Outras Medidas.

Tabela 7 - Resultados do Coeficiente de Correlação de Pearson Para a Associação Entre as a Autoeficácia Alimentar Global e Outras Medidas.

Tabela 8 - Resultados do Coeficiente de Correlação de Pearson Entre as Subescalas da Escala Balanceada das Necessidades Psicológicas Básicas

Lista de Figuras

Figura 1 - Distribuição de Participantes por Número (N) de Irmãos.

Figura 2- Distribuição de Participantes por Número de Refeições Completas Realizadas por Dia

Figura 3 - Distribuição dos Participantes por Pratos Consumidos ao Almoço

Figura 4 - Distribuição dos Participantes por Pratos Consumidos ao Jantar

Introdução

A saúde de um indivíduo está dependente dos comportamentos que o mesmo adota para a promover, sendo que esta ideia está cada vez mais disseminada (Viana, 2002). A adoção de comportamentos alimentares apresenta-se como um fator essencial para a promoção de um estilo de vida saudável e conseqüente maior qualidade de vida.

Será assim importante estudar os fatores que contribuem para a adoção deste tipo de comportamentos saudáveis, nomeadamente na adolescência e infância, onde a aprendizagem deste tipo de comportamentos ocorre. Comportamentos adquiridos durante a adolescência e a infância irão apresentar repercussões para todo o percurso de vida do indivíduo.

O estudo aqui apresentado foca-se em particular nas correlações entre as variáveis medidas por 3 instrumentos (Escala de Perceção de Competência, Escala de Autoeficácia Alimentar Global e Escala de Balanceada Necessidades Psicológicas Básicas). Estes instrumentos foram aplicados numa amostra de contexto escolar, em crianças com idades compreendidas entre os 9 e os 17 anos.

O estudo apresenta-se dividido em quatro partes. Na primeira é realizada uma revisão bibliográfica, tanto das temáticas gerais às quais esta investigação está relacionada, como a aspetos mais particulares. A segunda parte envolve uma caracterização da amostra. A terceira parte diz respeito às análises estatísticas dos dados recolhidos. A quarta e última parte faz referência à discussão dos resultados obtidos.

Capítulo I - Revisão Teórica

1. Revisão Teórica

1.1. Psicologia da Saúde

A Psicologia da Saúde foi definida por Matarazzo, em 1980, como a área disciplinar que diz respeito ao papel da Psicologia como ciência e como profissão nos domínios da saúde e das medicinais comportamentais (Teixeira & Leal, 1990).

Historicamente a Psicologia da Saúde surge enquanto movimento de aproximação mútua entre a Psicologia e a Medicina, com forte influência dos desenvolvimentos que ocorreram na década de 70 no meio médico, com as propostas do modelo biopsicossocial de Engel (1970) e Lipowski (1977), que romperam com o modelo biomédico clássico, desviando o foco da doença para a pessoa doente. Aliados a estes desenvolvimentos também se puderam verificar desenvolvimentos em áreas como a psicossomática (Teixeira & Leal, 1990).

Nos Estados Unidos após os primeiros estudos conduzidos pela American psychological Association (APA), em 1976, foi formada em 1978 a 38ª divisão da APA, o campo da psicologia da saúde que começava assim oficialmente (Brannon, Feist & Updegraff, 2013).

Para Brannon, Feist e Updegraff (2013), a Psicologia da Saúde é o ramo da Psicologia que estuda os comportamentos e estilos de vida do indivíduo relacionado os mesmos com a saúde física desse mesmo indivíduo. Sendo assim a Psicologia da Saúde inclui as contribuições da Psicologia para o melhoramento dos índices de saúde, prevenção e tratamento de doenças, identificação de fatores de risco, a melhoria do sistema de saúde e a moldagem da opinião pública no que diz respeito a opinião do público relacionada com a Saúde. Mais especificamente isto poderá traduzir-se na aplicação dos princípios da Psicologia em aspetos da saúde como o controlo do colesterol, gestão de stress, alívio da dor, deixar os hábitos tabágicos, e moderar outros comportamentos de saúde potencialmente de risco assim como promover comportamentos de saúde positivos como pratica de exercício regular, visitas regulares ao médico e dentista e comportamentos mentais adequados (Brannon, Feist & Updegraff, 2013).

Além dos desenvolvimentos a nível de modelos médicos, também a nível dos modelos psicológicos, as perspetivas comportamentais, psicanalíticas e sistémicas ofereceram desenvolvimentos importantes. A nível da Perspetiva comportamental, esta acentuou a influencia de certos comportamentos na promoção da saúde e conseqüentemente na prevenção da doença. No que toca a perspetiva psicanalítica, esta ofereceu uma conceptualização relativamente as somatizações, sendo estas resultantes do conflito intrapsíquico. Já a perspetiva sistémica aponta para as múltiplas interações e comunicações entre os indivíduos e os grupos, assim como para níveis disfuncionais que entre outras coisas poderão contribuir para

o adoecer (Teixeira & Leal, 1990). Na minha opinião, o Psicólogo que trabalhe no contexto de saúde deverá procurar adaptar a sua intervenção ao paciente com o qual esteja a trabalhar, tendo em conta as suas características como um indivíduo biopsicossocial e adequando assim a abordagem mais adaptativa ao mesmo, a opinião de que uma visão mais compreensiva e integrativa seja a mais apropriada para aplicação na Psicologia da Saúde surge também descrita no trabalho de Ragin (2015) que destaca que esta oposição conta com o apoio de diversos psicólogos e da APA.

Deste modo a Psicologia da Saúde usou como referência dois campos interdisciplinares, onde a Psicologia e a Medicina interagem, a Saúde Comportamental (que diz respeito à promoção da saúde e da prevenção da doença e disfunções em pessoas habitualmente saudáveis) e a Medicina Comportamental (campo da prática clínica e investigacional que diz respeito à doença e as disfunções psicológicas com estas relacionadas). Tendo em conta estes campos pode concluir-se que a Psicologia da saúde se refere essencialmente a dimensão preventiva (Teixeira & Leal, 1990).

Sendo assim a Psicologia da Saúde apresenta-se como uma subespecialidade da Psicologia Clínica, tanto a nível científico como a nível profissional, realizando a sua intervenção ativamente no campo da Saúde e da doença, em conjunção e diálogo produtivo com a Medicina, mantendo, porém, os seus modelos, discursos e autonomia. Ao realizar este tipo de intervenção as realidades psicológicas progressivamente ganham espaço não só na promoção da saúde e prevenção da doença, mas também a nível da recuperação e reabilitação após doença (Teixeira & Leal, 1990). O Psicólogo da Saúde deverá ter o seu lugar em equipas multiprofissionais, cuidando de pessoas afetadas a nível da saúde física, ou a nível de prevenção, trabalhando em cooperação com outros técnicos de saúde aplicando, porém, as suas teorias, metodologias de avaliação e investigação e modelos de intervenção próprios da Psicologia da Saúde (Teixeira & Leal, 1990).

Tendo em conta estes fatores a Psicologia da Saúde adquire aqui um papel importante ao investigar sobre os fatores psicológicos que puderam estar relacionados com a promoção e manutenção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação do doente e humanização dos serviços de saúde (Teixeira, 2004).

1.1.1. Psicologia da Saúde em Portugal

O ensino da Psicologia da Saúde em Portugal foi iniciado formalmente em 1987, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, em Lisboa, com uma cadeira anual optativa que seria lecionada no 5º ano da licenciatura em Psicologia clínica, desde essa altura foi então incluída em diversas instituições de ensino superior (Teixeira, 2004). Consequentemente foram também implementados diversos psicólogos nos serviços de saúde, sendo que foi incluído o ramo de psicologia clínica na carreira dos técnicos superiores de saúde, pelo Ministério da Saúde),

realizaram-se assim diversos Congressos Nacionais da temática, sendo que o próximo será já a 12ª edição a realizar em 2018. Além do mais foi também constituída a Sociedade Portuguesa da Psicologia da Saúde em 1995, e a Associação Portuguesa de Psicólogos dos cuidados de Saúde Primários, em 2001 (Teixeira, 2004).

Para Teixeira (2004) o desenvolvimento da Psicologia da Saúde está associado a dois fatores, pressões internas da ciência psicológica e resposta a necessidades sociais resultantes da evolução e progresso da própria medicina e das insuficiências do modelo biomédico em dar resposta a problemas de saúde relacionados com comportamento. Teixeira (2004) destaca também todas as alterações causadas pelo desenvolvimento da sociedade a nível industrial e urbano, produtoras de alterações a nível dos sistemas de suporte familiar e social, e que causaram o aparecimento de diversos fatores de stress social com um impacto significativo em todos os indivíduos.

A nível de investigação, esta desenvolveu-se mais significativamente em Portugal a partir de 1990, dominada por projetos realizados em contextos académicos e centrados, nesta fase inicial, mais na doença do que no conceito de saúde, existindo porém exceções, nomeadamente os estudos referentes à educação para a saúde, psicologia da gravidez e da maternidade, e comportamentos preventivos relacionados como o consumo de substâncias, doenças sexualmente transmissíveis e rastreios oncológicos (Teixeira, 2004).

No que diz respeito à intervenção de psicólogos nos serviços de saúde para além dos campos mais tradicionais ligados aos serviços de saúde mental de alcoologia de toxicoddependência e reabilitação relativamente aos mesmos, existem desde há alguns anos diversos profissionais que trabalham em áreas como maternidades, centros de saúde e hospitais. No que toca aos hospitais, a implantação dos psicólogos no contexto português, esteve particularmente ligada aos serviços de pediatria diabetologia, neuropsicologia, pneumologia, infeciologia, cirurgia, oncologia, unidades de dor entre outros serviços prestadores de cuidados de saúde em contexto hospitalar (Teixeira, 2004).

A área de intervenção a nível hospitalar teve um menor protagonismo a nível da formação e investigação comparativamente aos restantes serviços de saúde em Portugal até ao final dos anos 90, porém no virar do século essa tendência foi revertida (Teixeira, 2004).

Vários estudos têm sido desenvolvidos recentemente em áreas dentro ou intimamente relacionadas com a psicologia da Saúde em Portugal. Um desses casos será o RNCP, o primeiro estudo em Portugal que caracteriza as pessoas com sucesso na manutenção do peso perdido, com o objetivo de analisar os programas e métodos de perda de peso adotados, além das estratégias de manutenção do peso perdido que os indivíduos utilizam na atualidade (Vieira et al., 2012).

O RNCP é baseado no estudo realizado nos Estados Unidos, o NWCR (*National Weight Control Registry*) que estudou cerca de 6000 participantes com pelo menos 13,6kg de peso

perdido intencionalmente pelo menos por um ano. O NWCR foi realizado com o objetivo de desenvolver intervenções mais eficazes para o tratamento de excesso de peso e seu consequente controlo. No que toca aos resultados, a adoção de atividade física revelou-se como uma estratégia essencial para a manutenção do peso perdido. Além da prática de atividade física, outras estratégias como a frequente Auto monitorização, a limitação de horas de visualização de TV, o consumo de uma dieta pobre em gorduras, o consumo diário de pequeno almoço e um padrão alimentar consistente manifestaram-se como fatores essenciais (Vieira et al., 2012).

No que toca a versão portuguesa, os resultados alcançados indicam que os participantes mostram ser possível perder elevadas quantidades de peso corporal, e não voltar a recuperá-lo. Em ambos os registos os homens reportam atividades físicas com maior intensidade e dispêndio energético com atividade física do que as mulheres. Comparando os dados do NWCR com o RNCP os resultados indicam que os portugueses despendem mais valor energético em atividade física que os americanos. Os comportamentos e estratégias utilizados em Portugal para perder e manter o peso apontam para um sentido semelhante dos reportados no estudo americano, embora com algumas alterações, provavelmente causadas por aspetos relacionados com normas socioculturais ou a popularidade de determinadas dietas no momento da recolha de resultados. Uma das grandes diferenças será o facto dos portugueses preferirem atividades ao ar livre em comparação com a preferência por atividades realizadas dentro de portas pelos americanos. Apesar de tudo os resultados em ambos os estudos indicam formas diversificadas de manutenção de peso, reforçando a ideia de que não existe uma forma única ou caminho para alcançar o objetivo de peso perdido (Vieira et al., 2012).

1.2. Comportamentos de Saúde e Comportamentos de Risco

Para Carter, McGee, Taylor e Williams (2007), a adoção de comportamentos de saúde é definida como a adoção de comportamentos que poderão ter um impacto positivo na promoção da saúde de um individuo, estes comportamentos poderão por exemplo, incluir ser fisicamente ativo, práticas sexuais seguras, usar protetor solar ou usar equipamentos de segurança.

Já para Pill (1991) citado por Gibzakez e Pais Ribeiro (2004), numa das definições mais populares, refere que um comportamento de saúde será qualquer atividade realizada por um individuo que se considere como saudável, com o objetivo de evitar doenças.

Para Conner e Norman (1996) citados por Gibzakez e Pais Ribeiro (2004) a definição anteriormente referida apresenta limitações, como a exclusão de atividades levadas a cabo por indivíduos não saudáveis e com doenças reconhecidas que poderão estar relacionadas com a autogestão, atraso de progressão da doença e melhoramento do bem-estar geral.

Já segundo Silva e Deus (2005) citados por Dos Santos (2008) os jovens definem comportamentos saudáveis como comportamentos com ligações ao comportamento pró-social, bem-estar pessoal ou afastamento do consumo de drogas.

Segundo Lindley e Joseph (2004) citados também por Dos Santos (2008) referem que os fatores protetores e potenciadores de comportamentos de saúde poderão ser de origem externa ou interna ao indivíduo. Estes fatores referidos pelos autores poderiam ser políticas (que promovam o acesso universal aos recursos associados aos comportamentos de saúde), fatores relacionados com a comunidade onde o indivíduo está inserido (como por exemplo uma vizinhança segura, com baixos níveis de violência, inexistência de tráfico de drogas, ligações com organizações pró-sociais e acesso a opções culturais), educação (escolas de elevada qualidade e professores atentos e competentes, proporcionando também programas extracurriculares), família (ambiente familiar estável e organizado) e, por último, fatores individuais (história de adaptação positiva, vinculação segura, boa relação com os pares, visão positiva de si mesmo).

Como oposição aos comportamentos de saúde apresentem-se os comportamentos de risco. Steptoe e Wardle (1996) citados por Dos Santos (2008) refere que comportamentos de risco são qualquer atividade praticado por indivíduos com uma frequência e intensidade tal que conduz a aumento de risco da doença ou acidente.

Nestle et al. (1998) indica que os indivíduos que reportam uma maior presença de comportamentos de saúde e uma menor presença de comportamentos de risco aparentam ser mulheres, caucasianos, adultos mais velhos, indivíduos que vivem acima da linha da pobreza, indivíduos com maior grau de educação, pacientes com histórica clínica relacionada com problemas cardiovascular, e por fim alimentos que realizam atividade física ou usam suplementos alimentares.

Dos Santos (2008) refere também que os comportamentos comprometeres para saúde ou comportamentos de risco poderão ser definidos como a participação em atividades que poderão comprometer a saúde física e mental do indivíduo, podendo a sua consolidação conduzir a consequências a diversos níveis como o individual, familiar e social.

1.3. Comportamento Alimentar

Para Viana (2002) a ideia de que a saúde é algo que deverá depender de um comportamento e empenho vindo de cada indivíduo está cada vez mais disseminada, porém o autor ressalva que este princípio não será suficiente para que o indivíduo assuma a sua parte na responsabilidade da defesa da sua saúde através da aplicação de hábitos de comportamento alimentar saudáveis.

O comportamento alimentar corresponde às atitudes relacionadas às práticas alimentares em associação a atributos socioculturais, ou seja, aspetos subjetivos intrínsecos a

um determinado indivíduo ou próprios de uma coletividade que esteja envolvido com o ato de se alimentar (Toral & Slater, 2007).

No que toca a adoção de um determinado comportamento Shirazi et al. (2006) destacam que um indivíduo não irá alterar o seu comportamento a não ser que perceçione que as consequências positivas sejam superiores as consequências negativas.

Relativamente as determinantes do comportamento alimentar, Toral e Slater (2007) destacam a importância de aspetos variados como, o peso e a imagem corporal do indivíduo, sendo que tanto o excesso de peso como a insatisfação em geral com o próprio peso podem motivar a realização de certos comportamentos alimentares como restrições alimentares. É também destacado por estes autores a importância das características sociodemográficas como a idade, sexo etnia, escolaridade e estado civil. Rendimento financeiro será também um fator chave, uma vez que o mesmo determina o acesso a determinado tipo de alimentos. Fatores sociais como a presença de outros indivíduos durante as refeições são também destacados por Toral e Slater (2007), sendo que estes destacam aqui que a presença de outras pessoas numa refeição aumenta proporcionalmente a quantidade de alimento consumido assim como o valor calórico total da refeição, devido a um fenómeno de facilitação social. Além dos fatores de caráter social, também os fatores de caráter cultural, nomeadamente o rigor dietético de algumas religiões ou a questões típicas da sociedade atual como o vegetarianismo irão ser um determinante importante no que diz respeito ao comportamento alimentar. Por fim Toral e Slater (2007), reforçam a importância da questão da globalização, que ao facilitar o comércio de alimentos entre diversos países, acabou por promover a internacionalização de diversas práticas alimentares, sendo o exemplo mais gritante as cadeias de *fast food* que hoje em dia se apresentam disseminadas por todo o mundo influenciando e criando hábitos alimentares que deverão ser considerados pouco saudáveis.

Relativamente aos aspetos que influenciam o comportamento alimentar, Baranowski, Weber-Cullen e Baranowski (1999 cit in Worsley, 2002) indicam seis componentes chaves que influenciam este mesmo comportamento: (1) As consequências percebidas desse mesmo comportamento, estas podem ser favoráveis ou não, mais prováveis e menos prováveis, sendo que vários modelos destacam este aspeto como um dos mais importantes; (2) Atitudes e crenças relativos ao comportamento e ao objetivo desse mesmo comportamento; (3) Capacidades como o saber o que comprar e como cozinhar; (4) A confiança em ser capaz de realizar um determinado comportamento é reforçado em modelos de autoeficácia como a teoria de aprendizagem social; (5) O ambiente social e físico a volta do indivíduo, as situação nas quais a comida é adquirida entre outros são também de extrema importância para a decisão do indivíduo relativamente ao que deve consumir; (6) Os motivadores, que incluem influencias sociais, reforços ambientais, necessidades biológicas, necessidades psicogénicas (por exemplo, reconhecimento) e valores culturais que por norma acabam por ditar o que um indivíduo considera ser boas ou más consequências dos seus comportamentos.

Nestle et al. (1998) reforçam o papel do gênero nos tipos de alimentos ingeridos em indivíduos obesos, sendo que homens preferem combinações de gordura e proteínas, enquanto mulheres obesas apresentam uma grande preferência por alimentos doces como sobremesas, chocolates e gelados, ou seja, misturas entre altos teores de gordura e açúcar. Este mesmo padrão é visível em homens e mulheres de peso normal.

Já Babicz-Zielinska (2006) refere que os fatores que influenciam o comportamento alimentar dos consumidores poderá ser dividido em três classes distintas: (1) Fatores relacionados com os produtos, a sua composição, o seu valor nutritivo, os seus atributos sensoriais, a sua aviabilidade, a sua duração e a sua conveniência; (2) Fatores relacionados com o consumidor, ou seja, fatores demográficos, metabolismo do indivíduo, fatores psicológicos (aqui incluem-se motivos, personalidade e atitudes); (3) E por fim fatores ambientais, aqui estarão incluídos fatores sociais, fatores económicos, fatores familiares e grupais, aspetos culturais e religiosos, e fatores contextuais.

Nestle et al. (1998) destacam que historicamente, a abordagem da saúde pública para as mudanças de padrões alimentares, foram baseadas na premissa de que os indivíduos irão abandonar os comportamentos demonstrados como saudáveis com o objetivo de prevenir futuras doenças, porém, e apesar de parecer lógico de que o conhecimento do indivíduo relativo à alimentação irá influenciar o comportamento, a informação revela que esta prática não é eficaz. O mesmo autor, Nestle et al. (1998) destacam também que os comportamentos alimentares são adquiridos ao longo de toda a vida, e que sendo assim para os alterar seria necessárias alterações a diversos níveis da vida do indivíduo.

1.3.1. Aspetos Psicológicos no Comportamento Alimentar

Toral e Slater (2007) destacam a influência de diversos aspetos do foro da Psicologia no consumo alimentar, nomeadamente: (1) As crenças relativamente as características de uma alimentação saudável; (2) As atitudes perante a dieta, ou seja, o reconhecimento dos seus benefícios e das barreiras encontradas ao adotar a dieta; (3) A disponibilidade de um suporte social que favoreça práticas adequadas; (4) A responsabilidade sobre a compra e o preparo das próprias refeições.

Relativamente às atitudes relacionadas a uma alimentação saudável, Toral e Slater (2007) destacam que as mesmas são elementos essenciais na diferenciação entre consumidores de alta e baixa indigestão de frutas e hortaliças, sendo que as atitudes relacionadas com uma alimentação saudável aparentam ser inclusive mais importantes que o conhecimento dos indivíduos sobre as características que uma dieta adequada deverá apresentar. Havas et al. (1998) citados por Toral e Slater (2007) destacaram o papel do conhecimento correto sobre a recomendação de consumo de frutas e hortaliças, e uma menor perceção de barreiras relativamente ao consumo de frutas e hortaliças a atitudes mais positivas face a alimentação e igualmente a um maior suporte social para essa mesma prática.

Worsley (2002) destaca as diferenças entre crenças relativamente a nutrição e comportamento alimentar e o conhecimento propriamente dito na área. Worsley (2002) refere assim que as crenças são uma percepção de uma ligação entre dois conceitos, por exemplo a crença de que défice de iodina poderá causar dificuldades a nível intelectual, já o conhecimento são factos seguros que ajudam o indivíduo a perceber aspetos importantes do mundo oferecendo previsibilidade aos eventos, respondendo assim à necessidade do ser humano de consistência cognitiva e previsibilidade, sendo assim poderá afirmar-se que o conhecimento será o que diferencia peritos de ignorantes na matéria. Worsley (2002) ressalva também que grupos de pessoas com experiências diferentes e contextos diferenciados irão consequentemente ter também crenças e conhecimentos diferentes. Por fim relativamente ao conhecimento a nutricional, Worsley (2002) destaca que este é associado de forma significativa com uma alimentação saudável, sendo que indivíduos com alto conhecimento nutricional apresentam vinte e cinco vezes maior probabilidade de consumir alimentos e quantidades adequadas de frutos e vegetais diariamente do que indivíduos que não apresentem este conhecimento.

A nível do suporte social, Toral e Slater (2007) destacam a importância do ambiente familiar nos comportamentos alimentares dos indivíduos, vários estudos referem mesmo o termo “obesogénico” para se referirem a um ambiente promotor da obesidade, ou seja, um ambiente familiar promotor do consumo de alimentos com alta densidade energética e pobres em micronutrientes.

Babicz-Zielinska (2006) destaca a importância dos fatores psicológicos no momento da escolha alimentar, considerando que os mesmos se apresentam como um fator extremamente importante no comportamento alimentar. Wos (2003) citado por Babicz-Zielinska (2006) destaca os motivos, as atitudes e a personalidade como pontos chave neste processo.

Relativamente aos motivos, estes induzem e direcionam o comportamento alimentar no indivíduo, de forma a cumprir as exigências expressadas pelo mesmo. Estes motivos poderão ser racionais, seguindo comportamentos esperados, ou emocionais quando resultado de comportamentos espontâneos consequentes de estados emocionais temporários (Babicz-Zielinska 2006).

Apesar das definições acima apresentadas, um comportamento racional poderá não necessariamente resultar em padrões de comportamento alimentar adequados, por exemplo, o desejo de ser saudável ou conservar um corpo jovem poderá resultar em comportamentos alimentares indesejáveis e pouco saudáveis, como indica Babicz-Zielinska (2006), por sua vez estes comportamentos poderão também levar a problemas a nível dos relacionamentos sociais e familiares.

A nível do impacto das emoções no comportamento alimentar, Babicz-Zielinska (2006), refere que a relação entre estes dois aspetos é complexa, sendo que alguns alimentos são escolhidos pelo consumidor com o objetivo de tentar melhorar os seus estados emocionais,

restaurando vigor e diminuindo estados depressivos. Por outro lado, existem também relações entre preferências alimentares o estado emocional atual do consumidor. Babicz-Zielinska (2006) destaca também que alguns indivíduos aparentam apresentar apetite reduzido relacionado com estados emocionais negativos, enquanto outros apresentam nos meus estados emocionais negativos um apetite aumentando, esta relação entre estados emocionais é particularmente observável entre indivíduos do sexo feminino. Babicz-Zielinska (2006) indica também uma aparente relação entre a classificação de alimentos como saudáveis ou pouco saudáveis e a sua influência a nível emocional, sendo que comida saudável é normalmente associada a emoções positivas como autoconfiança, amizade e felicidade, enquanto comida pouco saudável é normalmente associada a emoções negativas como ansiedade.

No que toca a atitudes Babicz-Zielinska (2006) destaca que estas são um fator psicológico de grande importância a nível do comportamento alimentar, sendo que uma atitude é definida como uma entidade composta de um conjunto heterogéneo de pensamentos e outras respostas relevantes para expressar um sentimento e um significado relativamente a diferentes tipos de aspetos, como pessoas, produtos, ideias, estas atitudes poderão ser positivas ou negativas. Sendo assim segundo Shepherd (1988) citado por Babicz-Zielinska (2006) as atitudes apresentam 3 componentes, sendo eles, o componente cognitivo, afetivo e conotativo, o autor indica o componente afetivo como o principal componente de uma atitude (uma vez que as próprias atitudes são muitas vezes expressadas como uma preferência, ou seja, como algo que se gosta ou desgosta).

1.3.2. Comportamento Alimentar em Crianças e Adolescentes

No que toca a alimentação e nutrição infantil, os principais problemas prendem-se ou com o excesso ou com a carência de um determinado tipo de nutrientes, que se poderá manifestar através de doenças como a obesidade (em casos de excesso) e de anemia (em casos de falta), após um período constante de inadequação alimentar. Sendo assim o comportamento alimentar infantil ocupa um papel central no tratamento de doenças (Rossi, Moreira & Rauen, 2008).

Nestle et al. (1998) referem que as preferências que se verificam em algumas crianças tanto por alimentos ricos em gordura como em alimentos ricos tanto em gordura como açúcares, estão relacionados com as suas experiências. Nestle et al. (1998) indicam então que as preferências alimentares por alimentos ricos em gordura e açúcar são adquiridas durante o início da infância.

Quanto à adolescência, esta é um período onde o risco de mudanças indesejáveis a nível de peso corporal, associada ao consumo de alimentos com grande densidade energética, como doces e comida salgada processada é particularmente elevado (Piernas & Popkin, 2010 cit in Luszczynska, et al., 2014).

A alimentação durante a infância não será só fulcral para o desenvolvimento e crescimento da criança, como também poderá representar um dos principais fatores de prevenção de algumas doenças na fase adulta, uma vez que os hábitos alimentares na idade adulta estão intrinsecamente relacionados com os aprendidos durante a infância, sendo que a intervenção na promoção de comportamentos alimentares saudáveis deverá começar logo a partir da infância (Rossi, Moreira & Rauen, 2008). Estas afirmações são também reforçadas por Ramos e Stein (2000) que referem que as modificações a nível dos diversos comportamentos alimentares são fulcrais na prevenção e promoção da saúde.

Nestle et al. (1998) indica que crianças pequenas estão predispostas a rejeitar novos alimentos, apesar desta resposta poder ser alterada oferecendo à criança oportunidades repetidas de consumir novos alimentos. Além do mais o Nestle et al. (1998) indicam que a quantidade e qualidade da experiência alimentar inicial será crítica na formação das preferências alimentares da criança ao longo da vida. Nesta mesma fase, Nestle et al. (1998) destaca que também se poderão formar aversões ou alimentos não preferidos, para tal poderá bastar uma simples junção de um determinado sabor com uma resposta de náusea ou vomito.

A população infantil é particularmente suscetível e influenciável pelo ambiente familiar onde vive, ou seja, na maioria das vezes, o ambiente familiar. Quando este ambiente é desfavorável, ao mesmo tempo poderá então potenciar condições que levam ao desenvolvimento de distúrbios alimentares que se poderão perpetuar durante a vida toda do indivíduo (Rossi, Moreira & Rauen, 2008).

Este ambiente familiar poderá criar preferências alimentares por alimentos ricos em gorduras, por exemplo, quando estes são servidos em contextos positivos, usados como recompensa para reforço de determinados comportamentos, ou quando são incluídos em celebrações, ou ainda quando simplesmente são emparelhados com outros sabores preferidos pela criança (Nestle et al. 1998).

Rossi Moreira e Rauen (2008) destacam que o conhecimento de diferentes alimentos é fulcral na aquisição de uma alimentação variada, alimentação variada essa que será essencial para uma alimentação saudável e equilibrada. Porém vários autores como Ramos e Stein (2000) destacam também a questão da neofobia, referindo as dificuldades em criar uma alimentação variada numa criança, devido a dificuldade destas em aceitar novos tipos de alimentos, porém os autores referem que esta neofobia alimentar poderá ser reduzida através da aprendizagem alimentar. Rossi, Moreria e Rauen (2008) indicam também que as crianças tendem a preferir alimentos que lhes são familiares em detrimento do tipo de alimentos que lhe são estranhos ou não familiares.

Epstein, et al., (2001) num estudo realizado com crianças entre os 6 e os 11 anos, e os respetivos pais, refere que a redução no consumo de gordura e açúcares na dieta destas crianças poderá ser obtida por mudança dos hábitos alimentares dos pais. Rossi, Moreira e Rauen (2008) sugerem assim que a família fornece um amplo campo de aprendizagem à criança, onde os pais

e outros familiares poderão estabelecer um ambiente propício à alimentação excessiva ou por exemplo a um estilo de vida sedentário e por outro lado a uma alimentação e estilo de vida saudáveis.

Outra questão importante a nível da alimentação em crianças é a acessibilidade dos alimentos, se os alimentos estão acessíveis e prontos para consumir, as crianças apresentaram uma maior probabilidade de o comer. Tal facto poderá traduzir-se em técnicas de promoção de comportamentos alimentar saudáveis, por exemplo, um familiar poderá preparar um alimento saudável de forma a ser mais acessível, por exemplo cortando uma peça de fruta ou um vegetal de forma apropriada para a criança (Rossi, Moreira & Rauen, 2008).

Como já foi anteriormente estabelecido as refeições em família representa um importante evento na promoção de um comportamento alimentar saudável, sendo que os alimentos servidos nestas mesmas refeições são geralmente escolhidos pela família. Rossi Moreira e Rauen (2008) indicam também que uma atmosfera positiva no momento da refeição, aliada a um modelo de comportamento alimentar saudável, ajudam a criação de uma qualidade alimentar melhorada. O mesmo autor refere também que experiências identificadas como positivas durante uma refeição poderão gerar a preferência das crianças aos alimentos presentes nessa refeição, por outro lado uma experiência não prazerosa na refeição poderá interferir negativamente na escolha dos alimentos.

Como já foi destacado, o aspeto de maior influência ambiental para a criança é a família, Branen e Fletcher (1999) citados por Rossi, Moreira e Rauen (2008) destacam o papel da influencia parental no desenvolvimento de praticas parentais duradoras em filhos adolescentes, sendo que diversos comportamentos alimentares de jovens adultos, como comer todos os alimentos presentes no prato, ou realizar refeições em horários programados foram relacionados com as mesmas práticas de alimentação utilizadas pelos pais durante a infância. A influência parental sobre as escolhas alimentares poderá assim manifestar-se de variadas maneiras, seja pela aquisição de géneros alimentares (chamando aqui a atenção aos fatores económicos e a sua influência nos comportamentos alimentares, da religião e cultura, e dos comportamentos e transmissão de informações sobre os alimentos (Rossi, Moreira & Rauen, 2008).

Também Ramos e Stein (2000) focam-se no papel dos pais na criação de padrões de alimentação, reforçando o papel essencial das interações familiares durante todo o desenvolvimento da criança nos comportamentos alimentares das crianças.

Já Nestle et al. (1998) dão destaque ao papel potencialmente nocivo da imposição de controlo parental estrito na formação de preferências alimentares em crianças, segundo os autores, um controlo demasiado estrito poderá potenciar a preferência por consumo de alimentos pouco saudáveis, limitar a aceitação da criança de uma grande variedade de alimentos e diminuir as capacidades da criança de regular a sua alimentação, visto que lhe são oferecidas poucas oportunidades de promover o seu autocontrolo.

Rossi, Moreira e Rauen (2008) destacam também que as crianças aprendem a respeito dos alimentos não só através das suas experiências, mas também observando os outros.

Viana, Santos e Guimarães (2008) destacam que enquanto na infância as preferências alimentares são determinadas na sua maioria por gostar ou não gostar, nos jovens existem fatores bastante mais complexos que interagem entre si. Sendo assim as razões que levam um jovem a consumir este ou aquele produto prendem-se com fatores como as qualidades intrínsecas do mesmo, as consequências do seu consumo no peso corporal e outros fatores como as influências sociais.

As atitudes face aos alimentos determinaram o padrão de consumo destes, e estas atitudes mudam pouco ao longo da adolescência até a idade adulta, sendo que existem diferenças notórias entre rapazes e raparigas (Viana, Santos & Guimarães, 2008)

Viana Santos e Guimarães (2008) dão particular destaque as variáveis sociodemográficas associadas com as escolhas alimentares dos jovens. Os autores destacam em particular o sexo, a educação (anos de escolaridade), os rendimentos económicos, os fatores familiares, socioculturais e políticos como fatores que contribuem para modelar o comportamento alimentar dos jovens. Os mesmos autores destacam também que um dos fatores determinantes nos hábitos alimentares dos jovens parece ser o nível de satisfação com o próprio corpo.

Algumas das diferenças a nível de sexos são notadas nos estudos de French, Perry, Leon e Fulkerson (2004) citados por Viana, Santos e Guimarães (2008) onde os autores destacam que grande parte dos jovens estudantes do secundário preferia em primeiro lugar alimentos de baixa qualidade nutricional, porém, as raparigas em segundo lugar escolhiam alimentos classificados como saudáveis enquanto rapazes optavam em muito menor escala por este tipo de alimentos. Os autores destacam também que a prática de desporto se apresentava associada a consumo de alimentos saudáveis, o que também se correlacionava com uma maior frequência de sinais de perturbação do comportamento alimentar, em particular no sexo feminino.

Também Turrel (1997) destaca que existem diferenças notórias na capacidade de seguir dietas recomendadas entre homens e mulheres, segundo que o sexo feminino aparenta ser mais capaz de seguir essas mesmas recomendações. Turrel (1997) destaca também que as mulheres apresentam uma probabilidade maior de cumprir as recomendações alimentares no momento em que adquirem comida e no momento em que a mesma é confeccionada.

Turrel (1997) sugere quatro possíveis explicações para estas diferenças a nível do comportamento alimentar saudável. A primeira delas será uma maior tendência por parte das mulheres em apresentar maiores conhecimentos sobre comida, nutrição, saúde e as suas inter-relações. Em segundo lugar Turrel (1997) destaca que a literatura indica para uma presença maior de crenças e atitudes positivas relacionadas com o comportamento alimentar no sexo feminino. Em terceiro lugar é indicada uma presença maior junto das mulheres (de todas as idades) no que toca a sua aparência e forma físico pessoal. E por último, em quarto lugar, Turrel (1997) destaca que existe uma tendência verificada pela bibliografia de que as mulheres tendem a indicar gostar do mais do sabor de comidas saudáveis quando em comparação aos homens.

Outro estudo citado por Viana, Santos e Guimarães (2008) foi o estudo de Mandelson, White e Schliecker (1995) onde se indicam algumas diferenças quanto ao funcionamento das

famílias de raparigas obesas em relação as famílias de raparigas com peso normal. Em primeiro lugar pode concluir-se que as primeiras avaliam as suas famílias como menos coesas, com menos expressividade de sentimentos e com um funcionamento do tipo democrático, em relação as famílias das segundas.

Quanto a importância do ciclo social, Moura (2010), aqui destaca que com a chegada da pré-adolescência, o aumento da influência da opinião dos colegas poderá influenciar os comportamentos alimentares das crianças.

Sendo assim poderá concluir-se aqui a importância de fatores contextuais e familiares no desenvolvimento dos comportamentos alimentares nos jovens, assim como distinções notórias e significativas a nível de género.

1.4. Autoeficácia Alimentar

O conceito de autoeficácia deriva da teoria sociocognitiva de Bandura, sendo que descreve o grau em que uma pessoa está convencida de que é capaz de alcançar e sustentar um determinado objetivo desejado (Mai & Hoffmann, 2012). Além de Bandura, outros autores utilizam a autoeficácia como uma parte integrada de diversos modelos sociocognitivos de comportamentos de saúde, como o modelo de proteção motivacional (Rogers, 1983 cit in Mai & Hoffmann, 2012).

Judge et al. (2007) citados por Mai e Hoffmann (2012) destacam que com níveis elevados de autoeficácia um individuo terá mais probabilidades de exercer o esforço necessário para alcançar um determinado objetivo. Holden (1991) citado por Mai e Hoffmann (2012) indica que a investigação na área da promoção de saúde indica frequentemente que a autoeficácia é um preditor de comportamentos de saúde.

Tendo em conta o aumento da prevalência de doenças como a obesidade, perceber a relação entre aspetos como a autoeficácia e a sua relação com a escolha de alimentos ganha importância tendo em contas as implicações que estas poderão ter na prevenção de comportamentos de saúde e alimentação negativos (Nastakin & Fiocco, 2015). O problema da obesidade é significativo nas mais diversas etnias e transversal a todos os estratos sociais (Goode et al. 2016). Além do mais, associado a um rápido aumento de problemas de obesidade, especialmente em populações adolescentes, também será importante identificar e desenvolver intervenções baseadas nessa mesma autoeficácia de maneira a combater este tipo de questões de saúde relacionadas com peso inapropriado e os seus estilos de vida associados. (Muturi et al., 2016).

Luszczynska et al. (2005) citados por Mai e Hoffmann (2012) afirmam que a autoeficácia poderá ser considerada a um nível geral ou apenas relativa a um traço ou construto específico, um exemplo para esse tipo de construto seria a autoeficácia alimentar. Neste caso a autoeficácia alimentar poderia ser referente a autoavaliação realizada pelo individuo relativamente a sua capacidade de comer de forma mais saudável (Mai & Hoffmann, 2012).

A autoeficácia é ganha através de conhecimento, capacidade de compreensão e desenvolvimento de capacidades, sendo um componente crucial na comunicação de temáticas relacionadas com a saúde e na prevenção de doenças (Muturi et al. 2016). A autoeficácia será assim definida como a crença de que um indivíduo poderá realizar um comportamento específico numa determinada situação (Bandura, 1998 cit in Muturi et al. 2016).

Glaser et al. (2013), consideram a autoeficácia como a convicção de que o indivíduo será capaz de executar o comportamento requerido para alcançar o objetivo desejado, tendo assim um papel único e importante nos processos motivacionais, onde se incluem decisões relacionadas com a saúde e os comportamentos alimentares. Glaser et al. (2013) destacam também que a autoeficácia poderá assim ser específica de um determinado domínio, ou geral, sendo assim é possível conceptualizar a autoeficácia apenas relativamente a um determinado comportamento, por exemplo, autoeficácia alimentar.

Vários estudos consideram que um nível elevado de autoeficácia está relacionado com menores relatos de stress. Ou seja, apesar de os níveis de stress poderem ser elevados devido a uma determinada situação, uma maior autoeficácia alimentar poderá contribuir para a redução da ingestão de alimentação pouco saudável como forma de reduzir sentimentos de stress (Nastakin & Fiocco, 2015).

Alguns autores como Bandura (1997), indicam que a autoeficácia é primariamente específica a uma determinada tarefa, portanto para medir potenciais resultados a nível comportamental a autoeficácia deverá ser exclusiva ao comportamento indicado. De facto, Muturi et al (2016) citando Bandura (1986) destacam que a autoeficácia é um componente chave na teoria sociocognitiva de Bandura, que aponta para uma relação casual onde determinantes pessoais, comportamentais e ambientes interagem uns com os outros, podendo assim prever comportamentos de risco assim com comportamentos de saúde.

A autoeficácia poderá ser definida como a convicção de que o indivíduo poderá executar um determinado comportamento requerido para produzir o resultado desejado. Sendo assim a autoeficácia apresenta um papel importante no processo motivacional e consequentemente comportamental (Glaser et al., 2013). Turner et al (2006) citado por Muturi et al (2016) refere que indivíduos com uma maior autoeficácia tendem a ser também mais otimistas sobre a sua capacidade de realizar determinados tipos de comportamentos, e que além do mais não tendem a focar-se em comportamentos negativos sobre a sua capacidade de alcançar um objetivo ou ultrapassar um determinado obstáculo.

A autoeficácia irá assim definir as crenças do indivíduo sobre a sua capacidade em desenvolver ações ou em tomar decisões que sejam uma parte importante na capacidade de progredir numa tarefa ou obter resultados positivos nessa mesma tarefa, consequentemente, essas crenças vão também influenciar a motivação e o comportamento do indivíduo (Bandura, 1977 cit in Muturi et al. 2016).

Maddux (1986) citado por Rodgers et al. (2014) propôs uma conceptualização mais refinada da autoeficácia, onde inclui autoeficácia específica para a tarefa (ou seja, confiança

para a realização de diversos elementos específicos para um determinado comportamento) e autoeficácia de coping (confiança na capacidade de realizar um determinado comportamento sob circunstâncias que seja desfavoráveis a realização do mesmo). Esta conceptualização mais específica irá assim permitir uma distinção entre a tarefa base e as circunstâncias em que essa tarefa foi realizada, não limitando assim a questão as capacidades que o indivíduo apresenta, mas acrescentando também a dimensão do que pode fazer esse indivíduo com essas capacidades em situações desfavoráveis, o que apresenta diversas vantagens do ponto de vista da investigação (Bandura, 1997 cit in Rodgers et al., 2014).

Relativamente a autoeficácia alimentar Toral e Slater (2007) destacam que este termo corresponde à confiança que um indivíduo apresenta em si mesmo em relação à sua habilidade para fazer escolhas saudáveis em determinadas situações, por exemplo, optando por fruta em vez de doces, consumindo alimentos saudáveis quando está fora de casa ou em casa ou comendo em quantidades moderadas em situações sociais.

Nastakin e Fiocco (2015) indicam que existe uma associação robusta entre stress e um aumento no consumo em alimentos ricos em sal. Sendo assim tendo em conta o crescimento de problemas de saúde como a obesidade e a quantidade de stress que tem sido reportado entre estudantes universitários será de importante avaliar o papel de aspetos como a autoeficácia neste processo.

Um dos fatores potencialmente mediadores na relação entre stress e consumo de comida é a autoeficácia. Vários estudos indicam que a autoeficácia afeta a avaliação cognitiva que é realizada de um estímulo stressante, e consequentemente a sua resposta (Nastakin & Fiocco, 2015).

Também Toral e Slater (2007) destacam a autoeficácia como um dos fatores decisivos a nível das escolhas alimentares, destacando que níveis mais elevados de autoeficácia se encontram associados a uma menor ingestão de alimentos ricos em açúcares em ambos os sexos e num menor consumo de alimentos gordurosos junto de crianças do sexo masculino.

Vários estudos foram realizados com o objetivo de explorar a relação entre a autoeficácia alimentar e o consumo de nutrientes, sendo os resultados dos mesmos algo variado. Armitage e Connor (1999) citados por Nastakin e Fiocco (2015) conduziram um estudo com estudantes universitários concluído que a autoeficácia não estaria diretamente correlaciona com perturbações de alimentação, porém seria um preditor de redução de consumo de gorduras. Já O'Connor et al. (2008) citado por (Nastakin & Fiocco, 2015) indica que situações stressantes poderão levar a um aumento de consumo de gorduras, mas que porem, uma maior autoeficácia alimentar estaria associada a um menor consumo de gorduras nessas mesmas situações stressantes. Uma maior autoeficácia alimentar foi também associada com um menor uso de sal na confeção de comida.

No que toca a autoeficiacia na adolescência esta apresenta-se como um preditor crucial na capacidade do adolescente em apresentar comportamentos de controlo de peso (Linde et al., 2006; Ames et al.,2012 cit in Muturi et al., 2016).

Em diversas intervenções relacionadas com a obesidade, foi sugerido que o foco seja colocado na autoeficácia relacionada com a gestão de peso, sendo que este tipo de intervenção seria mais eficaz a nível de alterações de comportamento neste tipo de população (Bas and Dommez, 2009 cit in Muturi et al., 2016) Segundo Muturi et al. (2016), outros estudos indicam também uma correlação significativa entre a autoeficácia e um aumento em prática de atividades físicas junto de raparigas adolescentes, assim como o estabelecimento de hábitos alimentares considerados saudáveis. Palmeira et al. (2007) e Shin et al. (2011) citados por Goode et al. (2016) destacam que baixos níveis de autoeficácia foram associados com uma diminuição das probabilidades de praticar comportamentos de gestão de peso.

Sendo assim a promoção da autoeficácia poderá ser uma poderosa arma no combate de problemáticas como a obesidade, devendo esta ser promovida desde cedo, e em especial junto dos adolescentes, visto que segundo Pearson et al. (2011) citados por Muturi et al. (2016) os comportamentos e hábitos alimentares estabelecidos durante a adolescência apresentam grandes probabilidade de persistirem até à idade adulta. Para este efeito, a forma mais eficaz de aumentar a autoeficácia de um indivíduo será a aprendizagem observacional, sendo assim o ambiente o indivíduo está inserido assim como suporte que recebera do meio irá influenciar diretamente fatores como a autoeficácia (Muturi et al., 2016).

Os problemas a nível alimentar que surgem hoje em dia, como a obesidade, serão, segundo diversos especialistas em saúde pública, consequência de um “ambiente tóxico” propício a comportamentos que levam a esses mesmos problemas, sendo que indivíduos com menores valores de autoeficácia aparentam ser mais vulneráveis a esses mesmo ambiente tóxico e, conseqüentemente, ao consumo de comida não saudável. Por outro lado, conclui-se que indivíduos com uma maior autoeficácia alimentar aparentam preferir uma dieta rica em proteínas e comidas com baixo teor de gorduras. (Glasofer et al. 2013).

A investigação de Goode et al. (2016) chama também a atenção para diversos fatores contextuais a nível de diversos comportamentos alimentares e formas de encarar os mesmos. Esses fatores contextuais podem dizer assim respeito a cultura à qual o indivíduo faça parte, ou etnia onde esteja inserido, sendo que de etnia para etnia existirão diversas diferenças, seja em aspetos mais óbvios como a escolha de alimentos ou forma de preparação dos mesmos até aspetos mais complexos como a forma com a autoeficácia alimentar é encarada. Apesar de tradicionalmente a autoeficácia ser indicada como um componente fulcral para o sucesso em programas comportamentais de perda de peso, Goode et al. (2016) referem que, por exemplo entre etnias hispânicas não foi encontrada qualquer associação entre autoeficácia e perda de peso. Já entre a etnia afro-americana Martin et al. (2004) e Murphy e Williams (2013) citados por Goode et al. (2016) indicam que níveis mais elevados de autoeficácia alimentar são encarados como um indicador de pouca experiência com perda de peso, e interpretados como demasiada confiança em modificar os seus hábitos alimentares. Goode et al. (2016) destacam também que entre comunidades afro-americanas existe também uma possibilidade menor da obesidade ser identificada como um problema de saúde.

No que toca ainda à investigação de Goode et al. (2016) ao contrário do que seria esperado tendo em conta a literatura os resultados indicam que indivíduos com menos anos de educação seriam mais confiantes na sua habilidade de resistir ao consumo em excesso de comida estando esta presente nos seus ambientes.

Tanto a autoeficácia geral como a autoeficácia alimentar foram associados com comportamentos de saúde em população adolescentes. Num estudo com raparigas do sétimo ao decimo segundo ano de escolaridade a autoeficácia geral foi correlacionada com uns comportamentos de saúde adaptados, porém, adolescentes com excesso de peso reportam autoeficácia alimentar mais baixa do que os seus pares sem excesso de peso. Estudos conduzidos durante pequenos períodos de tempo sugerem que a autoeficácia é também um bom preditor de problemas de saúde relacionados com alimentação em adolescentes (Glasofer et al., 2013).

O estudo de Glasofer et al (2013) apoiou uma relação entre crenças de autoeficácia alimentar e comportamento, sendo que a autoeficácia geral e autoeficácia alimentar foram associadas negativamente com os autorrelatos de comportamento alimentar desinibitório.

Decisões a nível alimentar são influenciadas por fatores psicossociais como a autoeficácia, sendo que indivíduos com alta autoeficácia alimentar mais facilmente irão realizar os esforços necessários para alcançar o objetivo desejado apesar de diversas barreiras que possam ser induzidas. Por exemplo, indivíduos com alta autoeficácia alimentar apresentam maior probabilidade de envergar por dietas saudáveis para perda de peso do que indivíduos com menor autoeficácia Cha et al. (2014).

1.5. Perceção de Competência

Diversas teorias sociocognitivas incluem alguma consideração relativamente a perceção de competência para a realização de qualquer tipo de comportamento focado (Rodgers et al., 2014).

Fazey e Fazey (2001) indicam que a perceção de competência nos diversos domínios, apresenta uma influência poderosa nos comportamentos do individuo.

Hughes, Galbraith e White (2011) referem que tanto a autoeficácia como o autoconceito apresentam um elemento em comum, a perceção de competência.

A ideia de que um individuo precisa de ter a perceção de que é capaz e competente na realização de qualquer comportamento, antes da realização do mesmo é lógico e suportado pelas ideias da Teoria da Autodeterminação (Rodgers, et al., 2014).

Segundo a teoria da autodeterminação, a motivação irá surgir a partir da satisfação das necessidades psicológicas básicas (Deci & Ryan, 2000). A teoria da autodeterminação adota uma visão que indica que os humanos se aplicam em atividades interessantes, exercitam capacidades, perseguem contactos sociais e tentam integrar experiências interpessoais (Reci & Ryan, 2002 cit in Rodgers et al., 2014). Para Deci e Ryan (2000) no que toca a Teoria da Autodeterminação as necessidades são essenciais para o crescimento psicológico que ocorre continuamente, integridade do individuo e bem-estar em geral. Segundo Rodgers et al., (2014)

a teoria da autodeterminação propõe três necessidades psicológicas, competência, autonomia e relações.

Desta forma a teoria da autodeterminação sugere que os indivíduos irão selecionar objetivos, domínios comportamentais, e relacionamento que satisfaçam as suas necessidades psicológicas. No que diz respeito à percepção de competência, será então relevante destacar a necessidade psicológica de competência, ou seja, a necessidade de dominar pessoalmente tarefas desafiantes (Rodgers et al., 2014).

Para Bouffard et al. (2003) a importância da percepção de competência em estudantes em idade escolar é bastante elevada e suportada por um grande corpo de pesquisa bibliográfica nos mais diversos campos.

Segundo Deci e Ryan (1992) citados por Bouffard et al (2003) a percepção de competência em crianças em idade escolar aparenta estar positivamente relacionada com a sua motivação intrínseca.

Uma das características mais importantes da necessidade de percepção de competência será a *Personal effectance* ou a necessidade de modificar o ambiente e obter resultados valorizados. A *Personal effectance* irá assim distinguir entre tarefas que irão satisfazer as necessidades do indivíduo por competência, ou outras tarefas triviais e menos desafiantes que não irão satisfazer as necessidades de competência do indivíduo. Neste sentido, a competência será mais do que uma simples capacidade de executar a tarefa, sendo que irá também incluir considerações sobre a importância que indivíduo atribui a essa mesma tarefa (Rodgers, et al., 2014).

O construto de percepção de competência na teoria da autodeterminação parece relacionado com a ideia apresentada por Maddux (1986) citado por Rodgers, et al., (2014) de autoeficácia para a tarefa (ou seja, confiança para a realização de diversos elementos específicos para um determinado comportamento).

Hughes, Galbraith e White (2011) destacam que em estudantes adolescentes a percepção de competência aparenta ser um aspeto principal tanto na autoeficácia como no autoconceito. Sendo então a percepção de competência particularmente relevante ao tentar prever a utilidade e competência.

Já no que toca a crianças mais jovens, Bouffard et al (2003) ressaltam que a percepção de competência não é inata a estas, mas sim um resultado de desenvolvimento e construção ao longo do tempo através de experiências de aprendizagem. Em crianças pequenas Bouffard et al. (2003) destacam que é normal que as avaliações relativamente a motivação intrínseca e níveis de competência percebidos são por norma muito elevados e exagerados, não estando normalmente alinhados com as suas performances, especialmente quando se fala de rendimento escolar. Sendo assim, Eder (1990), Gottfried (1990), Marsh et al., (1991) e Wigfield et al., (1997) citados por Bouffard et al. (2003) destacam que estas avaliações exageradas terão tendência a tornar-se mais adequada ao longo do percurso escolar das crianças e a medida que as mesmas adquirem experiências de vida, transformando-se em avaliações mais adequadas.

Estas mesmas adaptações poderão ser também esperadas nos diversos domínios da percepção de competência.

Bouffard et al. (2003) sugere também que as raparigas apresentam uma maior tendência para reconsiderar as suas auto percepções tendo em conta as suas experiências de vida.

1.6. Teoria Autodeterminação

A Teoria da Autodeterminação foca-se primariamente em entender os processos psicológicos que promovem um funcionamento otimizado e saúde em geral (Deci & Ryan, 2000).

A Teoria da Autodeterminação emergiu como uma teoria popular para explicar as dinâmicas motivacionais por trás da regulação de comportamentos de saúde, focando-se nos antecedentes psicológicos e mecanismos dos mesmos, a evidência presente para suportar o racional teórico e a utilidade em facilitar e explicar comportamentos de saúde, mudanças de comportamento e manutenção de comportamentos tem estado em rápida expansão (Fortier, et al., 2012; Ng et al., 2012; Ryan et al., 2008; Teixeira et al., 2012; cit in Silva, Marques & Teixeira, 2014).

Em resumo, a Teoria da Autodeterminação postula que o ser humano apresenta três necessidades psicológicas básicas, sendo estas, a autonomia (o sentimento de ser a génese dos próprios comportamentos), a competência (o sentimento de ser efetivo e capaz de realizar as suas tarefas) e relações (sentimento de que o individuo é entendido e de que os outros se preocupam com ele). Estas necessidades psicológicas básicas irão assim representes os “nutrientes psicológicos” necessários e essenciais para o crescimento constante psicológico do individuo, integridade e bem-estar (Deci & Ryan, 2000 cit in Silva, Marques & Teixeira, 2014). Apoio e subseqüente satisfação destas necessidades será assim a base para a energia psicológica que é prevista para motivar a iniciação e a manutenção de comportamentos de saúde a longo prazo (Ryan et al., 2008; Silva et al., 2011 cit in Silva, Marques & Teixeira, 2014).

Formalmente a Teoria da Autodeterminação é composta por seis mini-teorias, cada uma delas desenvolvida com o objetivo de explicar um determinado conjunto de fenómenos que, tendo por base os aspetos motivacionais na sua componente mais específica, no seu conjunto, permitem um melhor entendimento do funcionamento humano na sua globalidade. Sendo assim, cada uma destas minis teorias irá abranger uma faceta da motivação ou funcionamento personalísticos. São estas (1) a Teoria da Avaliação Cognitiva, que se debruça sobre as questões da motivação intrínseca; esta teoria aborda especificamente os efeitos do contexto social na motivação intrínseca, assim como fatores como recompensas, controlo interpessoal e envolvimento do ego impactam a motivação intrínseca e os interesse. Para além do mais, esta teoria destaca o papel principal que a percepção de competência e autonomia apresentam na motivação intrínseca; (2) a Teoria da Integração Organísmica, que aborda a motivação extrínseca nas suas diversas formas, como as suas propriedades, determinantes e conseqüências, sendo assim a motivação extrínseca é um comportamento instrumental relativamente a objetivos extrínsecos ao próprio comportamento, esta teoria propõe também formas de instrumentalização di

stinta, que incluem a regulação externa, introjeção, identificação e integração, os comportamentos extrínsecos estarão assim incluídos num *continuum* de internalização; (3) a Teoria das Orientações de Casualidade, descreve as diferenças individuais na tendência dos indivíduos em se orientar relativamente ao contexto e em várias formas de regulação comportamental; assim, a Teoria de Orientação de Casualidade descreve e avalia os três tipos de casualidade de orientação: a autonomia de orientação, o controlo de orientação e a orientação impessoal; (4) A quarta mini-teoria será a Teoria das Necessidades Psicológicas Básicas, que elabora o conceito de necessidades psicológicas e as suas relações com a saúde psicológica e o bem estar em geral. Esta mini teoria refere que o bem estar psicológico e o funcionamento ótimos podem ser previstos tendo por base o grau em que a autonomia, a competência e o relacionamento, necessidades básicas e universais do funcionamento do indivíduo, são satisfeitas ou nutridas pelo contexto; (5) a Teoria do Conteúdo dos Objetivos, reforça a distinção entre motivações intrínsecas e extrínsecas e foca-se também no seu impacto na motivação e bem estar; os objetivos intrínsecos - como o contributo para a comunidade, relacionamentos próximos, crescimento pessoal - estão, assim, relacionados com maior bem estar, já, pelo contrário, objetivos extrínsecos - como o sucesso financeiro, aparência, popularidade ou fama - estão associados com níveis mais baixos de bem-estar ou, até mesmo, de mal-estar; (6) a Teoria Motivacional das Relações Interpessoais é a sexta e mais recente Mini-teoria, e centra-se nas relações, seja nos relacionamentos entre amigos ou entre parceiros românticos, ou o sentimento de pertença a um grupo, e indica que estes relacionamentos não só são desejáveis para algumas pessoas, mas também essenciais para o seu ajustamento e bem estar (Vansteenkiste, Niemiec & Soenens, 2010; Self Determination Theory, 2018). Para esta investigação em particular, a Teoria das Necessidades Psicológicas Básicas será de particular interesse, e, sendo assim, será discutida mais em pormenor.

Do ponto de vista da teoria da autodeterminação o comportamento humano e experiências passadas são entendidas em termos do significado que o indivíduo atribui a esses eventos, assim como a preponderância social desses mesmos eventos, tendo em conta a significância que esses mesmos eventos tenham na capacidade do indivíduo de satisfazer as suas necessidades psicológicas básicas para competência, autonomia e relações (Ryan & Deci, 2000).

A questão da qualidade da motivação é essencial na Teoria da Autodeterminação, que está menos centrada em “quanta” motivação o indivíduo apresenta, mas sim “em que tipo(s)” de motivação está mais presente na perseguição de um determinado objetivo por parte do indivíduo (Silva, Marques & Teixeira, 2014). Ao contrário de outras perspetivas, que apenas apresentam uma visão de motivação intrínseca ou extrínseca, vendo assim a motivação extrínseca como exclusivamente não autónoma, a Teoria da Autodeterminação propõe que a motivação extrínseca poderá variar imenso no grau de internalização. Resumindo, o fundamental aqui será a distinção entre formas autónomas ou controladas de motivação e regulação comportamental. Sendo, relativamente a motivação autónoma, quando um indivíduo, sentir-se autónomo, este irá perceber que os seus comportamentos são gerados a

partir do próprio e autorizados pelo próprio, ou seja, que o indivíduo poderá agir baseado naquilo que considera interessante, ou desafiante, ou onde possam encontrar alguém tipo de significado pessoal que resulte desse comportamento. Por contraste, numa motivação controlada, iria reinar o sentimento de pressão, o que resulta que estas tarefas estejam normalmente associadas também com um sentimento de ambivalência. Sendo assim estes comportamentos iriam ser reguladas pela pressão, que podem ser de origem externa (por exemplo a existência de recompensas ou obrigações) ou interna (gerada por sentimentos de culpa, vergonha ou orgulho), sendo que o indivíduo normalmente usa aqui expressões, como “tenho de” ou devo de” (Deci & Ryan, 2000 cit in Silva, Marques & Teixeira, 2014).

É importante referir, que diferentes tipos de motivação gozam associados com diferentes resultados e que a crescente literatura na área demonstra a importância de uma motivação autónoma para uma melhor aderência a comportamentos de saúde adequados. Em resumo, quando mais motivados autonomamente os indivíduos estão, mas adaptativo será o seu comportamento (Silva, Marques & Teixeira, 2014).

Deci e Ryan (2000) referem que, tal como muitas outras teorias, a teoria da autodeterminação destaca o conceito de comportamento direcionado para um objetivo, porém apresenta uma direção diferente das outras teorias. A teoria da autodeterminação diferencia assim o conteúdo dos objetivos e resultados, e os processos que regulam o processo pelo qual os objetivos são perseguidos, fazendo assim previsões para os diferentes conteúdos e processos presentes no mesmo. Além do mais, na teoria da autodeterminação um ponto crítico nos efeitos da perseguição de um objetivo será o grau pelo qual o indivíduo será capaz de satisfazer as suas necessidades psicológicas básicas, enquanto perseguem os resultados que valorizam.

Por fim no que passando o foco agora para o que diz respeito especificamente a questão dos comportamentos de saúde. Uma meta análise realizada por Ng et al. (2012), destaca que existem bases sólidas para considerar a teoria da autodeterminação como um quadro sólido para estudar processos motivacionais e planear intervenções com o objetivo de melhorar a saúde mental e física dos indivíduos em questão. Esta ideia reflete o crescente número de pesquisas que utilizam este referencial teórico para perceber e promover a adoção e manutenção de diversos tipos de estilos de vida saudáveis (Ng et al., 2012).

De acordo com Guertin et al. (2016) tendo em conta a teoria da autodeterminação podem ser seguidos dois tipos de objetivos, objetivos intrínsecos (por exemplo saúde e crescimento pessoal) e objetivos extrínsecos (popularidade, atratividade física, etc.). Vansteenkiste et al. (2008) citados por Guertin et al. (2016), indicam que objetivos de vida extrínsecos estão associados a uma menor satisfação de vida, baixa autoestima, maiores índices de depressão, mais ansiedade, dietas mais estritas e uma capacidade pobre de gestão de peso. Além do mais vários estudos realizados em numa população do sexo feminino, conclui que mulheres com uma motivação mais extrínseca, apresenta uma postura mais negativa em relação ao seu corpo, apresentado uma autoeficácia reduzida relativamente à capacidade de controlar o seu peso corporal.

Também David et al. (2016) destaca a importância da presença de uma busca por objetivos intrínsecos para um desenvolvimento adequado assim como para o bem-estar em adolescentes, uma vez que estes objetivos intrínsecos são, por norma, objetivos de autorrealização, crescimento pessoal ou mesmo de contribuição para a comunidade onde estão inseridos. Fenner et al. (2016) destacam também o papel da família, especialmente do tipo de suporte oferecido pelos pais, no tipo de motivação que irá ser desenvolvido pelos adolescentes, nomeadamente no que toca a estratégias a adotar para a perda de peso, nomeadamente da influência positiva de um estilo parental baseado no suporte de necessidades na motivação autónoma dos adolescentes para a prática de exercício físico.

Sendo assim, segundo Guertin et al. (2016), a investigação na área da teoria da autodeterminação sugere que é importante considerar os tipos de motivação e objetivos estabelecidos pelos indivíduos relativamente aos seus comportamentos alimentar, tanto no momento de intervenção como de avaliação.

Guertin et al. (2016) referem que a investigação na teoria da autodeterminação proporciona diversos em favor da hipótese de que formas autodeterminadas de motivação estão associadas com resultados positivos no que toca a alcançar os objetivos determinados, por outro lado, formas de motivação atribuídas a fatores exteriores ao indivíduo estão associadas com resultados negativos. Os mesmos autores destacam que nos domínios da alimentação e comportamentos alimentares uma motivação autorregulada estará relacionada positivamente com uma alimentação saudável e negativamente associada com sintomas de bulimia. Um estudo conduzido por Pelletier, Dion, Slovinec-D'Angelo e Reid (2004) citado por Guertin et al. (2016) indica que motivação autodeterminada está associada com maiores preocupações relativamente à qualidade de comida consumida e negativamente associada com preocupações relativamente à quantidade de comida ingerida. Já Otis e Pelletier (2008) indicam que motivação autodeterminada está associada positivamente com uma aproximação à alimentação orientada para uma alimentação planeada, que por sua vez está relacionada com comportamentos alimentares saudáveis.

Além do mais Guertin et al. (2016) destacam que a autodeterminação em geral aparenta ser um fator protetivo em relação a autoimagem corporal negativo e patologias do foro alimentar. Os mesmos autores destacam também que pressões presentes no ambiente do indivíduo relativamente a ser magro e ideias de magreza estão relacionados com obesidade e magreza em excesso, que por sua vez estão relacionadas com descontentamento corporal que irá também estar relacionada com uma motivação não autodeterminada relativamente à alimentação.

1.6.1. Teoria das Necessidades Psicológicas Básicas

Uma das seis Minis teorias da Teoria da Autodeterminação é a Teoria das Necessidades Psicológicas Básicas, esta será a mais relevante para o desenvolver e contextualização desta investigação. Segundo Chen et al. (2014) esta teoria propõe a existência de três necessidades

psicológicas básicas, nomeadamente, autonomia, relacionamento e competência. Sendo assim a satisfação destas três necessidades psicológicas será universalmente necessária para o sucesso de um indivíduo num meio social humano. Por contraste, Vansteenkiste e Ryan (2013) citada por Chen et al. (2014) indicam que quando estas necessidades psicológicas são frustradas poderão ocorrer casos de fraco ajustamento social e mesmo desenvolvimento de psicopatologia. A Teoria da Autodeterminação reforça que estes fatores são necessários para alcançar o bem-estar, independentemente de diferenças no quão valorizados esses fatores são pela sociedade em que o indivíduo estará inserido (Deci & Ryan, 2000).

No que toca à Teoria das Necessidades Psicológicas Básicas, uma necessidade básica psicológica é considerada inata ao indivíduo e a sua satisfação é essencial para a expressão de bem-estar no indivíduo (Ryan & Deci, 2000). Segundo Chen et al. (2014) esta afirmação deriva da visão da Teoria da Autodeterminação, que vê o indivíduo como um organismo ativo, orientado para o seu crescimento e com uma tendência inerente integrativa. Sendo assim a satisfação das três necessidades psicológicas básicas irá funcionar como um nutriente que irá energizar e potenciar o processo de integração, contribuindo assim para a saúde psicológica do indivíduo assim como o seu bem-estar geral. Vansteenkiste e Ryan (2013) indicam que a satisfação das necessidades básicas psicológicas para a autonomia, competência e relacionamento aumenta tanto o bem-estar do indivíduo a nível geral como contribui para uma fortificação dos recursos internos do indivíduo, e conseqüentemente a sua resiliência.

Além destes aspetos, também foi proposto que além de ser possível medir a satisfação destas necessidades versus a falta de satisfação das mesmas, esta também poderá ser ativamente bloqueada ou afetada, sendo assim enquanto a falta de capacidade de satisfazer estas necessidades iria falhar na capacidade de promover o crescimento potencial dos indivíduos, a frustração destas necessidades iria gerar comportamentos defensivos, mau estar e psicopatologia (Chen et al., 2014). Também Vansteenkiste e Ryan (2013) destacam que a frustração destas necessidades psicológicas básicas irá criar condições para desenvolver mau estar vulnerabilidades e possivelmente psicopatologia nos indivíduos.

Sendo assim para Vansteenkiste e Ryan (2013), a frustração das necessidades psicológicas básicas é sentida quando estas mesmas necessidades são frustradas num determinado contexto social, reforçando aqui a importância de distinguir entre incapacidade de cumprir as necessidades básicas psicológicas e a experiência de ver estas a ser ativamente frustradas. Sendo que, ao contrário da incapacidade de cumprir as necessidades básicas psicológicas, a frustração ativa destas mesmas necessidades básicas psicológicas parte de meios completamente externos ao indivíduo e, assim sendo, fora do seu controlo.

No que toca, à definição das três necessidades psicológicas básicas, a satisfação da necessidade de relacionamento irá referir-se à experiência de intimidade e conexão genuína com outros, enquanto a sua frustração irá envolver experiências de exclusão social e solidão (Ryan, 1995 citado por Chen et al., 2014). A satisfação da necessidade psicológica básica de competência irá referir-se ao sentimento de eficácia e capacidade de atingir objetivos e metas estabelecidas, sendo que por sua vez a necessidade de competência irá ser frustrada na

existência de sentimentos de falhanço e dúvidas relativas as capacidades do próprio indivíduo (Deci, 1975; Ryan, 1995 citados por Chen et al., 2014; Chen et al., 2014). Por fim, a satisfação da necessidade psicológica básica de autonomia, refere-se à experiência de autodeterminação, ou seja, uma total vontade e volição de desenvolver uma atividade, em contraste a frustração da necessidade psicológica básica de autonomia está relacionada com o sentimento de ser controlado, ou imposto a realizar uma determinada tarefa (Chen et al., 2014).

No que toca à necessidade psicológica básica de autonomia, esta está relacionada diretamente com a motivação intrínseca, uma vez que pessoas motivadas intrinsecamente irão participar em atividades que consideram motivadoras e apelativas, ajudando assim a cumprir a satisfação da necessidade de autonomia, já a motivação extrínseca poderá estar relacionada com a ausência ou frustração da necessidade psicológica básica de autonomia (Ryan & Deci, 2000; Vansteenkiste & Ryan, 2013).

Outro processo importante para as necessidades psicológicas básicas será o processo de assimilação e aceitação da responsabilização por comportamentos que não serão motivados intrinsecamente, ou seja, a internalização e integração, este processo é particularmente importante para uma socialização adequado, sendo que aqueles que mais facilmente aceitam normas sociais, valores serão mais eficazes a nível social (Ryan & Connell, 1989). Markland e Tobin (2010) citados por Vansteenkiste e Ryan (2013) referem que a satisfação das necessidades psicológicas básicas está correlacionada com uma maior internalização, sendo que indivíduos que registam um maior suporte para autonomia, relacionamento e competência irão mais facilmente internalizar normas sociais, resultando conseqüentemente num maior bem-estar.

A satisfação destas necessidades psicológicas básicas ao contribuir para os processos de internalização e motivação intrínseca irá também ter um grande impacto nos indicadores de bem-estar, ou seja, irá apresentar um impacto positivo a nível da autoestima, satisfação de vida, relações com outros, etc. (Vansteenkiste & Ryan, 2013).

Vansteenkiste e Ryan (2013) destacam que uma baixa satisfação das necessidades psicológicas básicas provavelmente irá ter um impacto negativo ao longo do tempo, este processo poderá ser acelerado se existir uma frustração ativa destas mesmas necessidades psicológicas por parte de fatores externos ao indivíduo no ambiente onde este está inserido.

Tendo em conta uma possível satisfação, impossibilidade de satisfação ou frustração da satisfação das necessidades psicológicas básicas, a Teoria da Autodeterminação distingue os diversos ambientes sociais como, meios de suporte, meios com ausência de suporte e meios frustradores de suporte, ou seja, os meios sociais e os agentes sociais neles inseridos poderão ativamente apoiar e fornecer condições para que se cumpram as necessidades psicológicas básicas, serem indiferentes, ou por outro lado, ativamente frustrar as necessidades psicológicas. Por exemplo, um ambiente onde uma mãe não é muito atenta ao seu filho e as suas necessidades poderá ser um meio como ausência de suporte, porém um meio onde uma mãe irá maltratar ativamente o filho (por exemplo, com uso de violência física) aqui o meio será frustrador de suporte.

Do ponto de vista empírico, como indicam Chen et al. (2014), a relação entre a satisfação destas necessidades psicológicas básicas e o bem-estar do indivíduo já foram verificadas diversas vezes, sendo que os benefícios destas necessidades psicológicas básicas aparentam ser universais, independentemente de diferentes culturas, e interpretações de sociedade.

No que toca à relação entre a satisfação de necessidades psicológicas e a frustração das necessidades psicológicas, segundo Vansteenkiste e Ryan (2013), existem caminhos que poderão ser expectáveis para tanto meios de suporte de necessidades psicológicas básicas como para meios frustradores de necessidades psicológicas básicas. No que toca a meios que suportam as necessidades psicológicas básicas, o que é esperado é que exista uma sensação de satisfação das necessidades psicológicas básicas o que levará a um crescimento pessoal e bem-estar do indivíduo. Já num ambiente frustrador das necessidades psicológicas básicas, será esperado que o indivíduo experiencie assim uma frustração a nível do cumprimento das suas necessidades psicológicas básicas, o que por sua vez irá resultar em mau estar e potencialmente psicopatologia. Porém, apesar de menos predominantemente, também poderão existir cruzamentos entre ambos os caminhos, ou seja, apesar dos ambientes que suportam as necessidades psicológicas básicas do indivíduo estarem primariamente relacionados com a satisfação destas mesmas necessidades psicológicas, é também possível que estes produzam um indivíduo que não experiencie as suas necessidades psicológicas como satisfeitas, e vice-versa. Ou seja, um ambiente promotor de necessidades psicológicas básicas, não será por si só sinónimo de um indivíduo que tenha as suas necessidades psicológicas básicas satisfeitas.

Ao obstruir as necessidades básicas psicológicas de um indivíduo irão, provavelmente, ocorrer duas consequências, em primeiro lugar um aumento imediato de mau estar a diversos níveis. Em segundo lugar o desenvolvimento de diversas estratégias de *coping*, que acomodam a experiência de frustração, assim como comportamentos compensatórios, são assim respostas que irão acabar por manter uma situação de frustração de necessidades psicológicas básicas e consequentemente imergir o indivíduo num ciclo de vulnerabilidades acrescidas e funcionamento desadequado (Deci & Ryan, 2000; Vansteenkiste & Ryan, 2013).

No que toca a relação com o comportamento alimentar, Mask e Blanchard (2011) citados por Vansteenkiste e Ryan (2013) referem que ao examinar se indivíduos com diferentes níveis de satisfação de autonomia iriam reagir de maneira diferente a vídeos relacionados com um de corpo magro, os resultados indicam que indivíduos com níveis mais baixos de autonomia apresentavam uma maior pressão para ser magras, uma maior insatisfação com os seus corpos e uma maior preocupação com a quantidade de comida que consumia, por sua vez, mulheres com uma maior satisfação de autonomia, apresentaram uma maior preocupação com a qualidade da comida que consumiam. Também na prática de atividade física, Sylvester et al. (2016) destacam a importância de providenciar suporte de necessidades psicológicas básicas no cumprimento de práticas e programas relacionados com exercício e bem-estar.

Parte II - Parte Empírica

1. Apresentação da investigação e metodologia

No presente capítulo será apresentada a investigação e a sua respetiva metodologia, em primeiro lugar irá ser realizada uma breve introdução relativamente aos conceitos de investigação no geral. Em segundo lugar serão apresentadas e definidas as hipóteses do estudo. Em seguida será realizada a caracterização da população da amostra, do ponto de vista sociodemográfico. Serão também explicados todos os procedimentos relativamente ao processo de investigação neste capítulo, assim como definidas as variáveis e a tipologia do estudo.

Esta investigação está enquadrada como parte de um projeto de investigação mais extenso, onde serão estudadas variáveis reativas ao comportamento alimentar e a sua autorregulação.

2. Investigação

Quando se fala em investigação numa determinada área científica, o que está a ser referido é uma reflexão do que num dado momento preocupa e interessa aos investigadores desse mesmo domínio científico, sendo assim uma forma de justificar opções feitas a diversos níveis (temas, referências teóricas, entre outros) (Coutinho, 2000).

A investigação em Psicologia normalmente segue um modelo relativamente estático. Normalmente, em primeiro lugar ou investigador, ou grupo de investigadores, em primeiro lugar formulam a questão de investigação, montam e conduzem em seguida um estudo para responder a essa mesma questão, em seguida são analisados os dados resultantes desse mesmo estudo, dos quais são retiradas conclusões relativamente a resposta para a questão de investigação. Em último lugar esses resultados são publicados e passam a fazer parte da literatura, tendo em conta que a literatura é uma das principais fontes de novas questões de investigação, este processo de investigação poderá ser denominado como um ciclo (Prince, 2012).

Antes de definir a investigação, Prince (2012) ressalva também a importância de realizar uma revisão de literatura com o objetivo de perceber se o tema já foi abordado, ou se a questão de investigação já foi respondida anteriormente. Esta pesquisa deverá ajudar a refinar essa mesma questão de investigação tendo em conta o que já foi realizado anteriormente nessa área.

A investigação na área da psicologia é normalmente conduzida por pessoas com doutoramento ou mestrado em psicologia, e outros campos relacionados, normalmente com ajuda de outros indivíduos com treino na área, normalmente em contexto universitário (Prince, 2012).

Prince (2012) dá também destaque às diferenças entre investigação básica em Psicologia, conduzida com o objetivo de alcançar um conhecimento mais detalhado e exato do comportamento humano sem necessariamente endereçar um problema em particular. Já a

Investigação aplicada iria ser conduzida com o objetivo principal de intervir num problema em particular, que seja sentido ou observado num determinado contexto.

3 Objetivos gerais e específicos da investigação

Face aos objetivos centrais da presente investigação é possível enumerar alguns objetivos gerais e específicos respetivos a esta investigação. Serão assim estes os objetivos, (1) Explorar diversos hábitos alimentares numa amostra de crianças e adolescentes; (2) Avaliar os níveis de autoeficácia alimentar numa amostra de crianças e adolescentes; (3) Explorar a questão de perceção de Competência numa amostra de crianças e adolescentes; (4) Explorar correlações entre Perceção de Competência e Autoeficácia Alimentar; (5) Explorar correlações entre Perceção de Competência e as Subescalas da Escala Balanceada das Necessidades Psicológicas Básicas; (6) Explorar as correlações entre Autoeficácia Alimentar e as Subescalas de Necessidades Psicológicas Básicas; (7) Explorar as correlações entre as Diversas Subescalas da Escala Balanceada das Necessidades Psicológicas Básicas.

4 Metodologia

No que diz respeito à Metodologia, será importante reforçar que é possível diferenciar diversos tipos de investigação, nomeadamente a investigação qualitativa e quantitativa. No que toca a investigação qualitativa, esta possui como objetivo a compreensão de significados, levando em conta as perceções e interpretações dos participantes do estudo, tendo em conta diversas ocorrências ou experiências relevantes para o estudo em questão. Já relativamente à investigação quantitativa, são utilizados métodos de quantificação e manipulação de variáveis em questão, com o objetivo de desrever fenómenos, investigar consequências, relações de variáveis e verificação de hipóteses (French, Vedhara, Kaptein & Weinman, 2010).

Tendo em conta a descrição acima referida, pode concluir-se que este estudo é caracterizado como um estudo quantitativo.

4.1. Participantes

A amostra deste estudo não se caracteriza por ser probabilística e de conveniência, sendo que o número de participantes no estudo é bastante significativo, apoiando assim a hipótese de uma distribuição normal. Para Turato (2005) uma amostra ideal seria constituída por indivíduos escolhidos de forma aleatória, mas com características representativas da população em questão, sendo assim o número de participantes iria ser importante para a sua representatividade, para uma satisfatória generalização de resultados.

Os participantes desta investigação são crianças e adolescentes que frequentam o ensino básico entre o 5º ano e o 9º ano de escolaridade com idades localizadas entre os 9 e os

17 anos de idade. Quanto a média das idades esta é de 12.38 com um desvio padrão de 1.645. Na Tabela 1 pode ser conferida a distribuição de alunos conforme a sua idade.

Tabela 1 - Distribuição de Alunos Relativamente à Sua Idade (N = 824):

Idade	Número de Participantes
9 anos	1
10 anos	122
11 anos	168
12 anos	151
13 anos	148
14 anos	149
15 anos	62
16 anos	22
17 anos	1
Total	824

No que toca ao género, não existem diferenças consideráveis em termos quantitativos no que toca a esta questão, sendo que numa amostra total de 824 alunos 420 são do sexo masculino (51%) e 404 são do sexo feminino (49%). Verifica-se uma maioria de estudantes do sexo masculino nos 5º (102 elementos do sexo masculino e 94 do sexo feminino), 6º (84 estudantes do sexo masculino e 79 do sexo feminino) e 9º (78 alunos do sexo masculino e 68 do sexo feminino) anos de escolaridade, sendo que por sua vez, no 7º ano (81 elementos do sexo masculino e 86 participantes do sexo feminino) e no 8º ano (75 alunos do sexo masculino e 77 alunos do sexo feminino) existe uma maior presença de alunos do sexo feminino.

Os participantes deste estudo são resultado de uma recolha realizada em três instituições de ensino privado e cooperativo, no ano de 2016, sendo duas dessas instituições localizadas na região norte do país e uma última na região centro de Portugal Continental. No que toca ao ano de escolaridade que se frequenta, é verificado que a moda é o quinto ano (N=196). Relativamente aos ciclos de escolaridade, 359 alunos (43.6%) frequentam o segundo ciclo de escolaridade, sendo que este número se divide em 196 alunos no 5º ano (23.8%) e 163 alunos no 6º ano (19.8%). Por outro lado, é verificável que 465 (56.4%) frequentam o terceiro ciclo de escolaridade, este número é dividido em 167 alunos que frequentam o 7º ano (20.3%), 152 estudantes no 8º ano (18.4%) e 146 alunos no 9º ano (17.7%).

Tabela 2 - Distribuição dos Participantes, Relativamente ao Seu Ano de Escolaridade (N=824)

Ano de escolaridade	Número de Participantes
5º ano de escolaridade	196
6º ano de escolaridade	163
7º ano de escolaridade	167
8º ano de escolaridade	152

9º ano de escolaridade	146
Total	824

No que toca a distribuição de idades por anos de escolaridade. O único aluno participante no estudo com 9 anos apresenta-se como estudante do 5º ano. No que toca a alunos com 10 anos, a larga maioria (n = 121) apresenta-se como estudantes do 5º ano de escolaridade, enquanto um estudante estuda no 6º ano (n = 1). Já no que diz respeito a alunos com 11 anos, estes dividem-se entre o 5º ano (n = 67) e 6º ano (n = 101). Referente a alunos com 12 anos de idade, um pequeno número (n = 6) apresenta-se como alunos do 5º, n=51 são alunos do 6º ano, a maioria dos alunos de 12 anos de idade apresenta-se, porém no 7º ano (n = 93) e um aluno com 12 anos de idade estuda no 8º ano (n = 1). Aos 13 anos de idade a maioria dos alunos estão no 7º ano (n = 62) e 8º ano de escolaridade (n = 77), sendo que também existem alunos no 5º ano (n=1), 6º ano (n = 7) e 9º ano (n = 1). Aos 14 anos de idade a maioria dos estudantes participantes neste estudo encontra-se no 9º ano de escolaridade (n = 75) e oitavo ano (n = 60), sendo que existem também alunos no 7º na (n = 11) e 6º ano (n = 3). No que toca aos estudantes participantes com 15 anos de idade a larga maioria está no 9º ano de escolaridade (n = 50), sendo que existem alunos no 8ºano (n = 11) e 7º ano (n = 1). Já no que toca a participantes com 16 anos estes estão divididos entre 9º ano (n = 19) e 8º ano (n = 3). O único estudante participante com 17 anos encontra-se no 9ºano (n = 1).

Referentemente ao agrado familiar, a maioria dos participantes afirmam habitar com os pais e irmãos (n = 452, 55%) sendo que em seguida, as respostas mais comuns foram habitar com os pais (n = 147, 17.8%), habitar com Pais, irmãos e avós (n = 35, 4.2%), habitar com Mãe e Irmãos (n = 33, 4%), habitar com a mãe (n = 32, 3.9%), habitar numa instituição (n = 21, 2.5%), habitar com pais e avós (n=17, 2.1%) e habitar com mãe, padrasto e irmãos (n = 14, 1.7%). Todas as outras opções presentes nas respostas, como viver com pai e irmãos (n = 7), pai (n = 2), irmãos (n = 4) ou tios e primos (n = 1), apresentam valores sempre inferiores a uma dezena.

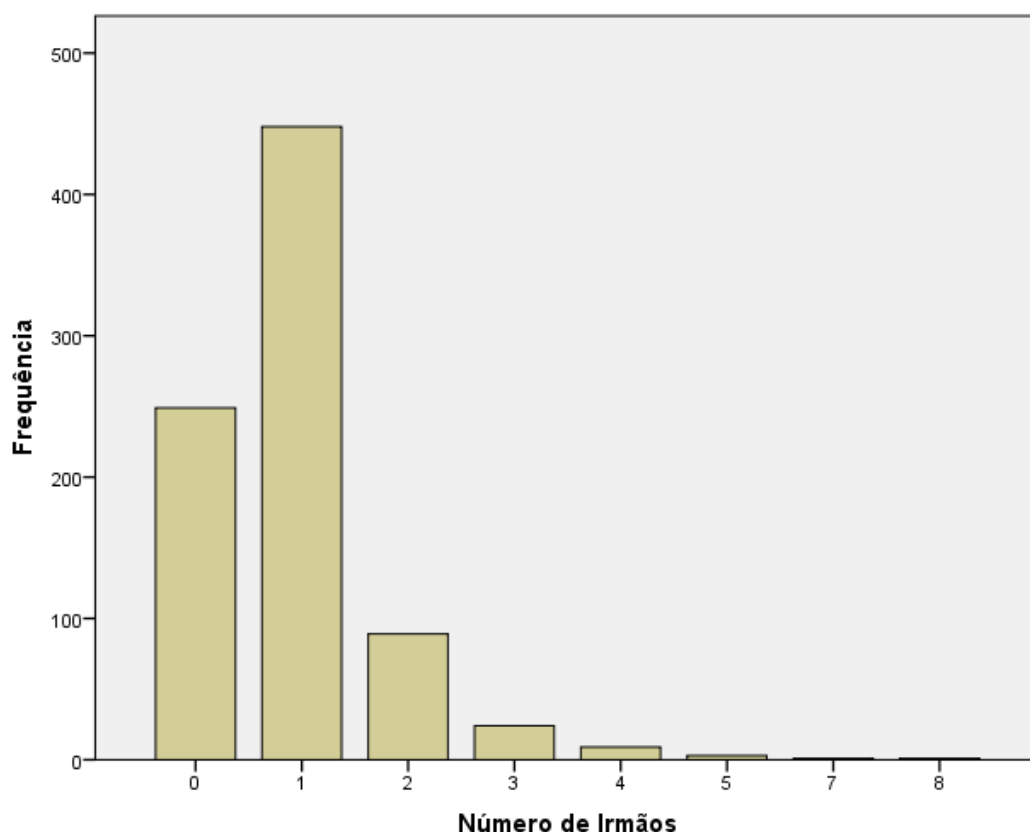


Figura 1 - Distribuição de Participantes Por Número (N) de Irmãos.

No que diz respeito ao número de irmãos, a maioria dos participantes afirma ter um irmão ($n = 448$, 54.4%), sendo que $n = 249$ participantes afirmam não ter qualquer irmão (30.2%), em seguida, $n=89$ participantes indicam ter 2 irmãos (10.8%), sendo que por sua vez o $n=24$ participantes indicaram possuir 3 irmãos (2.9%), de resto, quatro irmãos ($n = 9$, 1.1%), cinco irmãos ($n = 3$, .4%), sete irmãos ($n = 1$, .1%) e por fim oito irmãos ($n = 1$, .1%).

Já no que diz respeito à profissão da mãe, aqui existe uma grande variedade de respostas, a moda desta amostra é a profissão de professora com $n = 91$ (11%), porém outras respostas comuns foram, desempregada ($n = 44$, 5.3%), Empresária ($n = 30$, 3.6%), Engenheira ($n = 26$, 3.2%), Enfermeira ($n = 24$, 2.9%), Secretária ($n = 24$, 2.9%), Comerciante ($n = 21$, 2.5%), Médica ($n = 19$, 2.3%), Educadora de Infância ($n = 18$, 2.2%), Advogada ($n = 17$, 2.1%) e Operaria ($n = 17$, 2.1%). Um elevado número de participantes não especificou a profissão ($n = 74$, 9%).

Relativamente à profissão do pai, também aqui existe uma grande variedade de respostas, tal como acontece no que diz respeito às respostas na profissão da mãe. Neste caso a profissão mais referida foi engenheiro ($n = 68$, 8.3%), seguido de Empresário ($n = 54$, 6.6%), as outras profissões mais referidas foram, Comerciante ($n = 52$, 6.3%), Gestor ($n = 34$, 4.1%), Professor ($n = 31$, 3.8%), Serralheiro ($n = 23$, 2.8%), Advogado ($n = 21$, 2.5%), Mecânico ($n = 21$,

2.5%), Camionista (n=21, 2.5%), Bancário (n=17, 2.1%). Aqui a resposta mais comum, a moda, foi mesmo profissão não especificada (n=91, 11%).

No que toca à forma de deslocação para a escola, aqui a moda foi “Os meus pais levam-me à escola (carro) (n=449, 54.5%), sendo outras das respostas mais comuns, Autocarro (n=266, 32.3%), a pé (n=44, 5.3%), Metro (n=11, 1.3%), Outro (n=10, 1.2%).

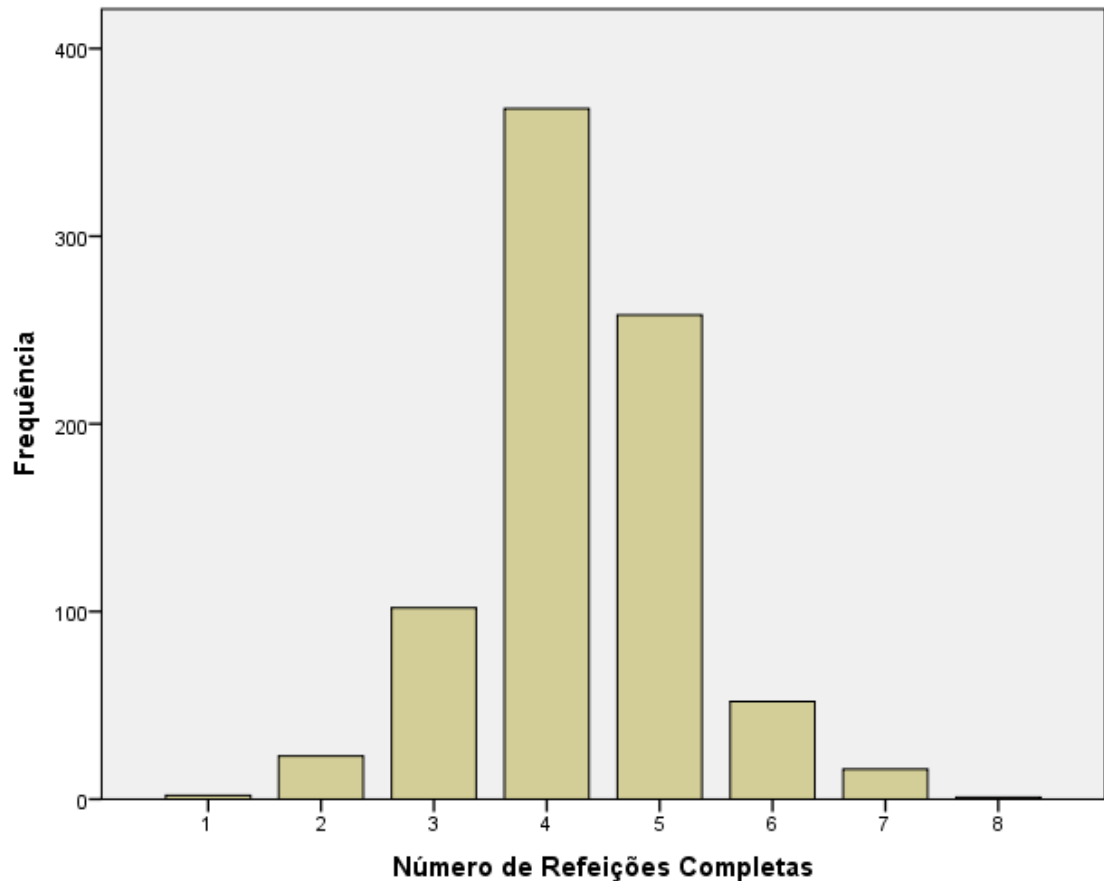


Figura 2- Distribuição de Participantes Por Número de Refeições Completas

Realizadas por Dia

No que toca à quantidade de refeições completas consumidas ao longo do dia, dizem consumir uma refeição completa por dia (n=2, .2%), dizem consumir duas refeições completas por dia (n=23, 2.8%), afirmam consumir três refeições completas por dia (n=102, 12.4%), afirmam consumir quatro refeições completas por dia (n=368, 44.7%), indicam consumir cinco refeições completas por dia (n=258, 31.3%), indicam consumir seis refeições completas por dia (n=52, 6.3%), referem consumir sete refeições completas por dia (n=16, 1.9%), referem consumir oito refeições completas por dia (n=1, .1%).

No que diz ao consumo de Pequeno almoço, a maioria afirma tomar o pequeno almoço (n=757, 91.9%), sendo que uma percentagem menor afirma não o tomar (n=67, 8.1%). Já no que diz respeito ao local onde tomam pequeno almoço, a larga maioria diz fazê-lo em casa (n=793,

96.2%), sendo que os outros locais referidos são, por exemplo, café (n=7, .8%) e escola (n=4, .5%).

Já no que diz respeito ao lanche, a maioria afirma que o toma (n=685, 83.1%), sendo que alguns participantes afirmam não tomar (n=136, 16.5%), e um pequeno número afirma tomar “às vezes” (n=3, .4%).

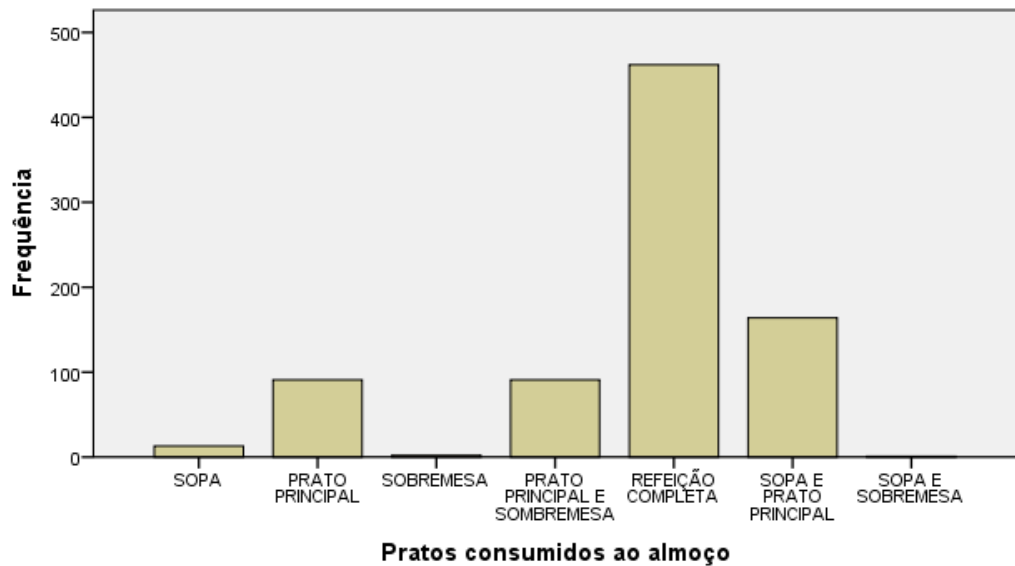


Figura 3 - Distribuição dos Participantes Por Pratos Consumidos ao Almoço

Relativamente ao local onde consomem o almoço, a larga maioria afirma lanchar na Escola (n = 668, 81.1%), sendo que outras respostas presentes são, Casa (n = 106, 12.9%), Restaurante (n = 23, 2.8%), Casa dos Avós (n = 1, .1%), Trabalho da Mãe (n = 1, .1%), Casa Escola e Restaurante (n = 3, .4%) e Casa e Escola (n = 22, 2.7%).

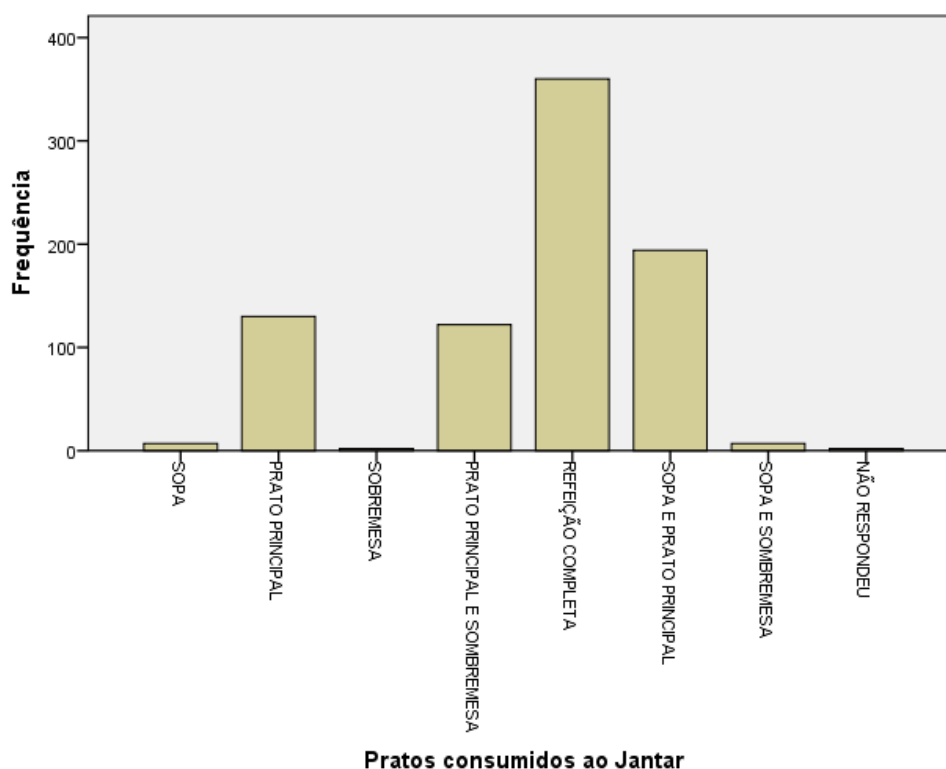


Figura 4 - Distribuição dos Participantes Por Pratos Consumidos ao Jantar

Já referente aos pratos consumidos durante o almoço, a maioria refere consumir a Refeição Completa (n = 462, 56.1%), já no que diz respeito ao Consumo de Sopa e Prato Principal (n = 164, 19.9%), Prato Principal (n = 91, 11%), Prato Principal e Sobremesa (n = 91, 11%), Sopa (n = 13, 1.6%) Sobremesa (n = 2, .2%) e Sopa e Sobremesa (n = 1, .1%).

No que diz respeito aos Pratos consumidos durante o jantar, a resposta mais comum entre os participantes neste estudo é Refeição Completa (n = 360, 43.7%), já no que diz respeito ao consumo de apenas Sopa e Prato Principal (n = 194, 23.5%), Prato Principal (n = 130, 15.8%), Prato Principal e Sobremesa (n = 122, 14.8%), Sopa (n = 7, .8%), Sopa e Sobremesa (n = 7, .8%), Sobremesa (n = 2, .2%) e Não Responderam (n = 2, .2%).

4.2. Instrumentos.

Como já foi referido anteriormente, é importante referir que esta dissertação se enquadra como parte de um projeto de investigação mais extenso onde são estudadas diversas variáveis relativamente ao comportamento alimentar e sua autorregulação. Sendo assim será relevante referir que na totalidade da bateria foram utilizados outros instrumentos além dos referidos.

4.2.1. Questionário Sociodemográfico

Em primeiro lugar foi utilizada um questionário sociodemográfico, este questionário foi formulado de modo a obter informações relevantes para a investigação, relativas aos participantes. Assim sendo informações como sexo, idade, ano de escolaridade, constituição do agregado familiar, dados sobre a alimentação de cada um dos participantes, entre outro tipo de informação foram obtidos através da aplicação deste questionário. Um exemplo de uma questão presente no questionário sociodemográfico seria “No seu almoço, que pratos costuma incluir nesta refeição?” sendo que como hipóteses de resposta a esta questão são apresentadas as seguintes opções “Sopa”, “Prato Principal”, “Sobremesa”. Outro exemplo de questão será “Quantas refeições completas costuma fazer no teu dia-a-dia”, sendo aqui as possibilidades de resposta “1”, “2”, “3”, “4”, e “Mais, Quantas?” sendo que na última opção é pedido para especificar.

4.2.2. Escala de Perceção de Competência

A escala de Perceção de Competência apresenta apenas 4 itens, avaliando o grau de confiança que o sujeito tem em manter uma dieta saudável, foi desenvolvida com base na teoria da autodeterminação, tendo originalmente sido denominada como *Perceived Competence Scale*. Na sua tradução e adaptação para a população portuguesa, realizada por Mestre e Pais Ribeiro (2008), as respostas são dadas numa escala de Likert de 7 pontos sendo o *score* total dado pela soma dos 4 itens. Este instrumento apresenta uma consistência interna de $\alpha = .90$ (Mestre & Pais Ribeiro, 2010). Um exemplo de um item desta escala será “Sinto-me confiante na minha capacidade em manter uma dieta saudável” este item deverá ser respondido de acordo com uma escala de Likert de 7 pontos, onde “1” será referente a “Nada Verdadeiro” e 7 será referente a “Totalmente Verdadeiro”.

4.2.3. Escala de Autoeficácia Alimentar Global

A Escala de Autoeficácia Alimentar Global, de acordo com Póinhos et al., (2013) a autoeficácia corresponde a crenças na capacidade de organizar e colocar em prática planos de ação necessários a alcançar determinado resultado e a sensação de controlo sobre os comportamentos e ambiente envolvente, determinando assim a iniciação, manutenção e abandono de estratégias ou comportamentos, sendo então um bom preditor do comportamento alimentar. Os mesmos autores destacam, que apesar de existir um grande potencial em termos de investigação e avaliação não existem instrumentos para avaliar a autoeficácia face à alimentação validados para uma população portuguesa. Para o desenvolvimento desta escala foi então avaliada uma amostra de 276 estudantes do ensino superior, sendo que a criação dos itens resultou da adaptação de 5 itens da sub-escala de autoeficácia do Inventário Clínico de Autoconceito (Serra, 1986). A escala apresenta uma boa consistência interna com valores de $\alpha = .85$. O estudo de relações com outras medidas permitiu constatar a sua validade convergente e discriminante. A escala de autoeficácia alimentar Global revela-se assim como um

instrumento vantajoso para o prognóstico e avaliação de intervenções relacionadas com a alteração de hábitos alimentares. No que toca a exemplos de itens, um exemplo de um item para esta escala seria “Desisto de Controlar a minha alimentação quando encontro dificuldades”, esta pergunta deveria ser respondida com numa escala de resposta que varia entre 0 e 4, correspondendo à opção de “Não Concordo”, “Concordo pouco”, “Concordo moderadamente”, “Concordo Muito” e “Concordo Muitíssimo”.

4.2.4. Escala Balanceada das Necessidades Psicológicas Básicas

A Escala Balanceada das Necessidades Psicológicas Básicas, ou Escala Balanceada de Necessidades Psicológicas Básicas foi desenvolvida por Sheldon e Hilpert (2012) com o nome *Balanced Measure of Psychological Needs Scale*, a versão portuguesa foi desenvolvida em 2015 por Coldeiro, Paixão e Lens, sendo que esta mede a satisfação vs frustração das três necessidades básicas, competência, autonomia e relacionamento (Cordeiro et al., 2016 citados por Silva, 2016). A escala será constituída por 18 itens, organizados num modelo 3x3 fatorial, sendo que esta apresentará três itens por fator (Cordeiro et al., 2015). Sendo assim três fatores iram avaliar a satisfação das necessidades de autonomia (por exemplo, “As minhas escolhas são baseadas nos meus verdadeiros interesses e valores”), relacionamento (“Sinto-me ligado(a), a pessoas que se preocupam comigo e por quem me preocupo”) e competência (“Sou bem-sucedido(a) naquilo que faço”) (Silva, 2016). Sendo assim, segundo Silva (2016) os seguintes três fatores vão avaliar a frustração da necessidade de autonomia (por exemplo, “Eu passava bem sem muitas das pressões a que estou sujeito”), relacionamento (“Sinto-me sozinho”) e competência (“Faço coisas disparatadas que me fizeram sentir incompetente”), as respostas aos itens serão dadas segundo uma escala tipo likert de 5 pontos, que estará compreendida entre 1 (que será equivalente a Discordo Totalmente) e 5 (que será equivalente a Concordo Totalmente).

A aferição desta escala para a população portuguesa foi realizada junto a uma população de 371 estudantes de ensino secundário (Cordeiro et al., 2015), sendo que apresentou uma consistência interna boa para todos os fatores: satisfação de competência ($\alpha = .75$), satisfação de relacionamento ($\alpha = .82$), satisfação de autonomia ($\alpha = .84$), frustração de competência ($\alpha = .82$), frustração de autonomia ($\alpha = .85$) e frustração de relacionamento ($\alpha = .88$) (Cordeiro et al., 2015; Silva, 2016).

4.3. Procedimentos

Numa primeira fase a investigação consistiu na realização de uma revisão bibliográfica através da pesquisa de trabalhos realizados anteriormente nesta mesma área por outros autores na área de investigação, esta revisão bibliográfica poderá ser realizada de diversas formas,

através de uma busca de informações em artigos ou publicações científicas, livros, internet ou outros meios de informação. Esta investigação deverá estar de acordo com o estado de arte e envolver também bibliografia de referência da temática. Esta pesquisa é essencial e indispensável, tendo assim sido realizada, permitindo retirar informações importantes de teor prático e teórico que ajudam a guiar e estruturar a restante investigação, assim como conhecer o que já foi realizado nesta área.

A recolha de dados foi realizada no ano de 2016, com vista à realização de outras investigações dentro deste mesmo projeto de investigação. Antes da realização dessa mesma recolha de dados foi também realizada uma revisão bibliográfica detalhada, a partir da qual delimitou alguns objetivos e questões de investigação que deram então a base necessária para a escolha dos instrumentos a serem usados. Além dos instrumentos de medição que foram selecionados para o efeito desta recolha de dados, foi adicionado um questionário sociodemográfico, construído consoante as características dos participantes, onde se deu particular atenção à variável da idade da amostra.

No que toca à recolha de dados, após o processo acima descrito, foi então realizado um contacto com instituições de educação para a recolha de dados com o objetivo de construir aqui uma relação de colaboração entre ambas as partes. Com este objetivo a equipa de investigação realizou contactos com diversas instituições de educação, explicando a investigação, os seus objetivos e a sua importância, realizando desta forma o pedido e colaboração. Após a retribuição de respostas positivas, ocorreram reuniões com diversos elementos das escolas que responderam de forma positiva, com o objetivo de discutir diversas questões e preparar a fase de aplicação dos questionários às diversas turmas que fizeram parte da amostra desta investigação. Além do mais, tendo em conta o facto desta amostra ser constituído por crianças e adolescentes, foi necessária também a recolha de autorizações e consentimentos informados por parte dos encarregados de educação dos participantes, a entrega e recolha dos mesmos ficou ao encargo das escolas, sendo assim garantido que apenas crianças com a devida autorização façam parte da investigação.

No que diz respeito à recolha propriamente dita dos dados, a aplicação do protocolo de investigação realizou-se nas turmas, no horário de aulas definido pela escola, com a presença de professores das diversas turmas. Em cada uma destas recolhas, existiu uma fase inicial de verificação dos consentimentos informados e onde foi explicado oralmente o objetivo dos estudos, sendo sublinhadas as questões de confidencialidade e a importância de um preenchimento sincero e individual tentado ao máximo possível eliminar assim sentimentos de avaliação e ainda tranquilizar os participantes no estudo. As aplicações apresentaram uma duração aproximada de 45 minutos por turma, sendo que é reforçada a atenção especial que foi dada às questões éticas e deontológicas, que deverão ser asseguradas durante uma investigação deste tipo.

Após a realização desta revisão bibliográfica, e tendo em conta o que foi realizado na recolha de dados pelas colgas, procedeu-se à delimitação dos diversos objetivos e questões às quais este estudo visa responder, tendo em conta a amostra e os instrumentos utilizados na recolha do mesmo e à revisão bibliográfica anteriormente realizada.

Após a definição destes mesmos objetivos e tendo em conta a base de dados resultante da recolha dos objetivos, procedeu-se à análise dos mesmos tendo sido usado o programa de análise de dados SPSS (versão 24), sendo executada a análise dos dados quantitativos em conformidade com os objetivos delineados. Por fim é então realizada a interpretação dos resultados tendo em conta a bibliografia existente.

5 Tipologia do Estudo

A tipologia deste estudo tem como base a investigação e análise quantitativa visto que segue os pressupostos basilares de uma investigação deste tipo. Sendo assim a hipóteses formuladas com o intuito de explicar os fenómenos propostos, a definição das variáveis a serem estudadas, a seleção aleatória de participantes, a investigação através da análise estatísticas.

Neste estudo pretende-se assim incidir sobre as variáveis selecionadas, de forma não experimental, tratando-se assim de um estudo correlacional de carácter exploratório.

Parte III Análise Estatística

A seguinte parte desta dissertação irá incidir sobre as análises realizadas na vertente estatística deste trabalho, em especial nos seus resultados, que foram obtidos através da aplicação dos questionários e escalas.

1. Análise dos dados estatísticos

A análise de dados no seguinte trabalho caracterizou-se seguindo um modelo quantitativo. Segundo Christenson e Gutierrez (2016) os desenhos de investigação quantitativa normalmente são utilizados para testar modelos conceptuais ou perceber as relações entre diferentes variáveis, medir a opinião de um determinado grupo de indivíduos, ou, por fim, estabelecer a eficácia de um determinado tratamento. Sendo assim o investigador, ao utilizar métodos quantitativos irá usar medidas estabelecidas ou avaliações para quantificar os pensamentos, comportamentos e emoções dos participantes, e em seguida os usar para análise estatística (Christenson & Gutierrez, 2016).

Em relação a normalidade da amostra, esta é considerada como cumprida devido ao elevado N presente na mesma (N = 824) pois, como Marôco (2007) refere, há uma tendência para a normalidade para uma distribuição normal à medida que o tamanho da amostra aumenta. Assim sendo, considerou-se que esta amostra segue uma distribuição normal e que seria adequado recorrer à estatística paramétrica para a realização das análises estatísticas.

Os dados foram trabalhados através da utilização do *software* de análise estatística *IBM SPSS Statistics 24*.

2 Análise Descritiva dos dados

Neste ponto serão apresentados alguns dados ainda não mencionados anteriormente durante este trabalho. Nomeadamente alguns dados relativos as escalas selecionadas para esta investigação.

2.1. Resultados Gerais da Escala da Perceção de Competência

Na tabela seguinte (Tabela 3) apresenta-se os resultados gerais da Escala de Perceção de Competência, incluindo-se os valores da média, desvio padrão, mediana e valores mínimo e máximos encontrados.

Tabela 3 - Estatística Descritiva da Escala de Percepção de Competência (N=824)

Escala de Percepção de Competência					
N	Média	Desvio	Mínimo	Máximo	Mediana
	Padrão				
824	4.83	1.52	1	7	5

2.2. Resultados Gerais para a Escala de Autoeficácia Alimentar Global

Na tabela (Tabela 4) seguinte apresenta-se os resultados gerais da Escala de Autoeficácia Alimentar Global, incluindo-se os valores da média, desvio padrão, mediana e valores mínimos e máximos encontrados.

Tabela 4 - Estatística Descritiva da Escala de Autoeficácia Alimentar Global (N=824)

Escala de Autoeficácia Alimentar Global					
N	Média	Desvio	Mínimo	Máximo	Mediana
	Padrão				
824	2.71	0.83	0	3	2.8

2.3. Escala Balanceada das Necessidades Psicológicas Básicas

Na tabela (Tabela 5) seguinte apresenta-se os resultados gerais da Escala de Necessidades Psicológicas Básicas, incluindo-se os valores da média, desvio padrão, mediana e valores mínimos e máximos encontrados, para cada uma das 6 subescalas da Escala de Necessidades Psicológicas Básicas.

Tabela 5 - Estatística Descritiva da Escala Balanceada das Necessidades Psicológicas Básicas

	Satisf ação Autonomia	Satisf ação Competência	Satisf ação Relacionament o	Insatisf ação Autonomia	Insatisfaç ão Competência	Insat isfação Relacionament o
Mé dia	11.80	11.40	12.72	9.65	9.42	6.72
N	824	824	824	824	824	824
Des vio Padrão	2.30	2.10	2.18	2.55	2.14	2.99
Mín imo	3.00	3.00	3.00	3,00	3,00	3,00
Má ximo	15.00	15.00	15.00	15,00	15,00	15,0 0
Me diana	12.00	11.00	13.00	10,00	9,00	6,00

3 Análise Inferencial

Nesta última fase da apresentação dos resultados, pretende-se a apresentação de diversos resultados resultantes da análise de correlações entre as variáveis estudadas, com o intuito de melhor compreender as possíveis relações que possam existir entre estas.

3.1. Correlação de Pearson

Para conseguir estudar as possíveis relações entre as diversas variáveis será aplicada o teste de correlação de Pearson. A correlação de Pearson irá, por norma, assentar na ideia de existência de duas hipóteses, ou seja, a H0, que irá sugerir a não existência de correlação entre variáveis e a H1, onde é considerada a existência de correlação entre variáveis. Para tal irá rejeitar-se a H0 se $p < 0.05$, pois tais valores iriam apoiar a hipótese de existência de correlação entre as variáveis.

Tabela 6 - Resultados do coeficiente de correlação de Pearson para a associação entre de Perceção de Competência e outras medidas.

Correlação de Pearson para o total de Participante (N=824)	
<i>r</i>	<i>p</i>

Escala de Percepção de Competência x Satisfação de Autonomia	.18	.00
Escala de Percepção de Competência x Satisfação de Competência	.33	.00
Escala de Percepção de Competência x Satisfação de Relacionamento	.04	.10
Escala de Percepção de Competência x Insatisfação de Autonomia	-.07	.03
Escala de Percepção de Competência x Insatisfação de Competência	-.08	.03
Escala de Percepção de Competência x Insatisfação de Relacionamento	-.18	.00

Analisando os resultados apresentados na Tabela 6 é possível afirmar que existe uma correlação positiva e estatisticamente muito significativa positiva ($p < .01$) entre a resultados elevados na Escala de Percepção de Competência e a e as Subescala da Escala Balanceada das Necessidades Psicológicas Básicas, Satisfação de Autonomia. Também é possível verificar uma correlação muito significativa positiva entre a Escala Balanceada das Necessidades Psicológicas Básicas e a Satisfação de Necessidades. Porém, não parece existir uma correlação significativa entre a Escala de Percepção de Competência e a Satisfação de relacionamento. Já entre a Escala de Percepção de Competência e a Insatisfação de Autonomia e Insatisfação de Competência parece existir uma correlação negativa significativa ($p < .05$), ou seja, quando maior a percepção de competência do individuo, menor será a sua insatisfação de autonomia e competência. Também uma correlação negativa, mas neste caso muito significativa foi observada entre a Escala de Percepção de Competência e a Insatisfação de Relacionamento.

Tabela 7 - Resultados do coeficiente de correlação de Pearson para a associação entre as a Autoeficácia Alimentar Global e outras medidas.

Correlação de Pearson Para o Total de Participantes (N=824)	
<i>r</i>	<i>p</i>

Escala de Percepção de Competência x Escala de Autoeficácia Alimentar Global	.55	.00
Escala de Autoeficácia Alimentar Global x Satisfação de Autonomia	.28	.00
Escala de Autoeficácia Alimentar Global x Satisfação de Competência	.41	.00
Escala de Autoeficácia Alimentar Global x Satisfação de Relacionamento	.16	.00
Escala de Autoeficácia Alimentar Global x Insatisfação de Autonomia	-.07	.06
Escala de Autoeficácia Alimentar Global x Insatisfação de Competência	-.10	.01
Escala de Autoeficácia Alimentar Global x Insatisfação de Relacionamento	-.29	.00

Analisando os resultados presentes na Tabela 7, podemos observar a existência de uma relação muito significativa ($p < .01$), entre os resultados da Escala de Percepção de Competência e a Escala de Autoeficácia Alimentar Global. Além do mais existe também uma relação muito significativa positiva entre a Escala de Autoeficácia Alimentar Global, e as subescalas da Escala Balanceada das Necessidades Psicológicas Básicas, Satisfação de Autonomia, Satisfação de Competência e Satisfação de Relacionamento. Já entre a Escala de Autoeficácia Alimentar Global e a Insatisfação de Autonomia, não parece existir uma relação significativa. Porém entre a Escala de Autoeficácia Alimentar Global e a insatisfação de Competência e Insatisfação de Relacionamento aparente existir uma relação muito significativa negativa.

Tabela 8 - Resultados do coeficiente de Correlação de Pearson entre as subescalas da Escala Balanceada das Necessidades Psicológicas Básicas

		Correlação de Pearson Para o Total de Participantes (N=824)	
		r	P
Satisfação de	de	.43	.00
Autonomia x Satisfação de	de		
Competência			
Satisfação de	de	.36	.00
Autonomia x Satisfação de	de		
Relacionamento			
Satisfação de	de	.07	.04
Autonomia x Insatisfação de	de		
Autonomia			
Satisfação de	de	.04	.30
Autonomia x Insatisfação de	de		
Competência			
Satisfação de	de	-.11	.01
Autonomia x Insatisfação de	de		
Relacionamento			
Satisfação de	de	.33	.00
Competência x Satisfação de	de		
Relacionamento			
Satisfação de	de	.03	.36
Competência x Insatisfação	de		
de Autonomia			
Satisfação de	de	-.03	.48
Competência x Insatisfação	de		
de Competência			
Satisfação de	de	-.14	.00
Competência x Insatisfação	de		
de Relacionamento			
Satisfação de	de	.19	.00
Relacionamento x	de		
Insatisfação de Autonomia			
Satisfação de	de	.14	.00
Relacionamento x	de		
Insatisfação e Competência			
Satisfação de	de	-.05	.18
Relacionamento x	de		

Insatisfação de Relacionamento			
Insatisfação de Autonomia x Insatisfação de Competência		.39	.00
Insatisfação de Autonomia x Insatisfação de Relacionamento		.31	.00
Insatisfação de Competência x Insatisfação de Relacionamento		.39	.00

Analisando os resultados presentes na Tabela 8, é possível observar a existência de corelaçõamentos positivos muito significativos entre Satisfação de Autonomia e Satisfação de Competência e Satisfação de Relacionamento, uma relação positiva significativa entre a Satisfação de Autonomia e a Insatisfação de Autonomia, e por fim uma relação muito significativa negativa entre Satisfação de Autonomia e Insatisfação de relacionamento. Podem também ser registados corelaçõamentos positivos muito significativos entre Satisfação de Competência e Satisfação de Relacionamento, assim como uma correlação muito significativa negativa entre Satisfação de Competência e Insatisfação de Relacionamento. No que toca a Satisfação de Relacionamento, ao contrário do que seria de esperar, poderá ser encontrada uma correlação muito significativa positiva entre a Satisfação de Relacionamento e a Insatisfação de Autonomia e Competência. Existem também correlações positivas muito significativas entre a Insatisfação de Autonomia e a Insatisfação de Competência, Insatisfação de Autonomia e Insatisfação de Relacionamento e a Insatisfação de Competência e a Insatisfação de Relacionamento.

Parte IV Discussão dos Resultados

1 Discussão dos Resultados

Neste último capítulo irá proceder-se à discussão temática dos resultados obtidos e expostos anteriormente. Irá opor-se estes resultados à revisão bibliográfica anteriormente realizada.

No que toca aos resultados obtidos, estes indicam uma correlação muito significativa entre uma maior perceção de competência e uma maior autoeficácia Alimentar, tais resultados vão ao encontro do que seria esperado. Como referido na componente teórica deste mesmo trabalho, Muturi et al. (2016) referem que a autoeficácia será ganha através de conhecimento, capacidade de compreensão e desenvolvimento de capacidades, sendo que também Bandura (1998) citado por Muturi et al. (2016) afirma que a autoeficácia será a crença de que um individuo poderá realizar um comportamento específico numa determinada situação. Já a perceção de competência está relacionada, como referido anteriormente neste trabalho, com a ideia de que um individuo precisa de ter a perceção que é capaz e competente na realização de um determinado comportamento, antes da realização do mesmo, sendo a perceção de competência uma parte integrante da ideia de autoeficácia. Tendo em conta estes aspetos, é possível desenhar a ligação entre ambos, uma perceção de competência elevada em relação a um determinado comportamento alimentar vai levar a uma também elevada autoeficácia aquando a realização deste tipo de tarefas.

Tais resultados constituem uma informação importante para quem trabalha em contextos escolares, Bouffard et al. (2003) destacava já este aspeto, da importância de uma perceção de competência elevada para a realização de atividades em crianças em idade escolar. Neste caso concreto, ao trabalhar junto das crianças e adolescentes aspetos relacionados com boas práticas de comportamento alimentar, é de esperar que estas sintam uma maior perceção de competência neste campo, e consequentemente, uma maior autoeficácia nestes aspetos.

Também no que toca a Escala de Perceção de Competência, esta mostrou uma correlação positiva muito significativa com as Subescalas de Satisfação de Autonomia e Satisfação de Competência. A ideia de que uma maior Perceção de Competência irá levar uma maior Satisfação da necessidade básica de Autonomia e Competência não é de todo imprevisível. A Satisfação da necessidade psicológica básica de competência irá referir-se ao sentimento de eficácia e capacidade de atingir objetivos e metas estabelecidas (Deci, 1975; Ryan, 1995 citados por Chen et al., 2014), ou seja, segundo os resultados que foram obtidos é de esperar que um individuo que sinta uma elevada perceção de que será capaz e competente de concretizar a realização de um determinado comportamento, seja capaz de mais facilmente cumprir as tarefas propostas, e assim satisfazer a sua necessidade de competência. Já a

necessidade Psicológica básica de autonomia refere-se à experiência de autodeterminação, ou seja a capacidade de um indivíduo de realizar atividades por sua total vontade e volição (Chen et al., 2014). Sendo assim os resultados poderão sugerir que um indivíduo com uma maior percepção de Competência irá iniciar mais tarefas (por exemplo comportamentos alimentares saudáveis) por sua própria vontade e volição, satisfazendo assim a sua necessidade básica de autonomia

Por outro lado a Percepção de Competência apresenta correções significativas negativas com a insatisfação de Autonomia, Relacionamento e Competência, sugerindo tais resultados que um indivíduo com uma menor percepção de Competência irá apresentar uma menor satisfação a nível dos seus relacionamentos interpessoais significativos, assim como uma menor satisfação da sua necessidade de se sentir competente ao realizar tarefas e também poderá sugerir que ao realizar as suas tarefas (por exemplo relacionadas com comportamentos alimentares saudáveis) estas serão iniciadas por imposição de outros e não por sua própria vontade.

Da mesma forma que Escala de Percepção de Competência, também a escala de Autoeficácia Alimentar Global, apresenta correlação positiva muito significativa com a satisfação de necessidades Psicológicas básicas da Escala Balanceada das Necessidades Psicológicas Básicas, neste caso com todas as três. Sendo assim uma maior autoeficácia, neste caso a no que toca à alimentação, irá levar a uma maior satisfação de autonomia (o indivíduo irá apresentar uma maior tendência de realizar comportamentos alimentares por vontade própria), satisfação de competência (o indivíduo irá sentir-se capaz de realizar comportamentos alimentar saudáveis com sucesso) e de relacionamento (o que poderá implicar para as consequências positivas gerais que uma alimentação saudável irá apresentar). Pelo outro lado, a Escala de Autoeficácia Alimentar global apresenta uma correlação negativa muito significativa com a Insatisfação de Competência e Insatisfação de Relacionamento.

No que toca as correlações entre as diversas subescalas da Escala Balanceada das Necessidades Psicológicas Básicas, é importante lembrar que uma necessidade básica psicológica é considerada como sendo inata ao indivíduo e que a sua satisfação é de grande importância para a expressão de bem-estar no indivíduo (Ryan & Deci, 2000). Vansteenkiste e Ryan (2013) destacam que a satisfação das três necessidades psicológicas básicas vai funcionar como um nutriente que irá contribuir para a saúde psicológica e bem-estar geral do indivíduo, fortificando os seus recursos internos. Tendo em conta estes aspetos referidos não é surpreendente que a presença da satisfação de uma destas necessidades psicológicas básicas, exprimida por valores elevados na sua respetiva subescala, apresente-se muitas vezes correlacionada positivamente com a satisfação de uma das outras necessidades, ou que a insatisfação de uma esteja correlacionada com a insatisfação de outra. Por exemplo, podemos notar que a satisfação de autonomia apresenta uma correlação positiva muito significativa com a satisfação de competência, assim como a insatisfação de autonomia apresenta uma correlação positiva muito significativa com a insatisfação de competência.

No que toca ao impacto prático que estes resultados poderão apresentar é importante destacar alguns aspetos. Em primeiro lugar é importante relembrar, que como referido na vertente teórica deste trabalho, formas autodeterminadas de motivação estão associados com resultados positivos no que toca a alcançar objetivos determinados (Guertin et al., 2016). Esta motivação autodeterminada está dependente, segundo a mini teoria das necessidades básicas, da satisfação das necessidades básicas de competência, autonomia e relacionamento. Ora no que toca ao domínio da alimentação, Guertin et al. (2016), destacam que nos domínios dos comportamentos alimentares uma alimentação saudável estará positivamente associada a uma motivação autorregulada. Sendo que essa mesma motivação autodeterminada e autorregulada, estará associada a maiores preocupações relativamente à qualidade da comida consumida e também a uma alimentação orientada e planeada, por outro lado está negativamente associada com preocupações relativas a quantidade ingerida.

Outro fator importante será o contexto, de referir que este será essencial para a presença de uma motivação intrínseca e que, como referido na vertente teórica deste trabalho, as condições que este oferece serão essenciais para o cumprimento ou não das necessidades básicas do indivíduo. Segundo a Mini Teoria das Necessidades Psicológicas Básicas, o bem-estar psicológico e o funcionamento ótimos podem ser previstos tendo em conta o grau em que a autonomia, a competência e o relacionamento, são satisfeitas e nutridas pelo contexto (Vansteenkiste, Niemiec & Soenens, 2010). Sendo assim, pode ser sugerida a ideia de que para promover um melhor e mais adequado comportamento alimentar junto das crianças deverão ser promovidas alterações que para tal contribuam em contexto escolar.

Tendo em conta o que foi anteriormente referido e todas as correlações que o estudo realizado indica, poderá ser sugerido que se promova junto dos jovens em idade escolares programas que permitam um maior conhecimento relativamente aos alimentos que são mais ou menos saudáveis para o seu desenvolvimento, assim como os perigos de uma alimentação menos saudável ou a ausência em geral de comportamentos de saúde desejados. Além do mais o contexto deve envolver os jovens na escolha e gestão de alimentos que estejam de acordo com estes mesmos comportamentos saudáveis, ou seja, os bares e refeitórios da escola deverão promover opções saudáveis que possam permitir as crianças e adolescentes sentir-se suportados nas suas escolhas saudáveis. Estando cumprido estes aspetos é de esperar que exista um aumento da sua satisfação de Competência e Autonomia, o que conseqüentemente, levará a uma maior Autoeficácia Alimentar Global e a uma maior Perceção de Competência dos jovens, relativamente a este tipo de comportamentos.

2 Investigação Futura e Limitações

A nível de sugestões de Investigação Futura, seria positivo em futuras investigações a realização de mais análises estatísticas relativamente a estes mesmos dados. A Amostra em questão apresenta-se como um instrumento de grande valor para a investigação de

comportamentos alimentares em contexto escolar e existe ainda um elevado potencial a ser explorado em futuras investigações.

Também será importante no futuro explorar a influência dos aspetos sociodemográficos, com o objetivo de melhor entender a influência de diversos destes aspetos (por exemplo idade, sexo, ano de escolaridade) nos resultados dos questionários.

A nível de limitações, em primeiro lugar deverá ser referido limitações relacionadas com o tempo, ou com a gestão do mesmo, que impossibilitaram um maior aprofundamento da temática e da investigação. Em segundo lugar de referir a não presença, por minha parte, no momento de recolha dos dados, que poderia permitir um maior *insight* sobre a amostra e os contextos de recolha em si. O facto de os questionários aplicados serem questionários de Autoresposta poderá também ser um fator limitador, pois incorpora subjetividade.

Conclusões

Considera-se que a pesquisa aqui apresentada contribui com diversos aspetos para o estudo do comportamento alimentar em crianças e adolescentes, num contexto escolar, tendo em conta, em particular, a teoria da autodeterminação. Este projeto acaba por reforçar as correlações existentes entre Perceção de Competência, Autoeficácia Alimentar e as Sub Escalas da Escala Balanceada das Necessidades Psicológicas Básicas.

Ao longo deste estudo foi possível realizar uma extensiva pesquisa relacionada com os comportamentos alimentares, e alguns construtos como a Perceção de Competência, Autoeficácia Alimentar e, em particular a Teoria da Autoderminação, com destaque para a Mini Teoria das Necessidades Básicas. Em particular com um enquadramento numa população de crianças e adolescentes num contexto escolar.

Além do mais foi realizada uma descrição das variáveis em função dos indicadores sociodemográficos, permitindo uma melhor compreensão da amostra a ser utilizada para esta investigação.

Os resultados acima descritos e discutidos permitem estabelecer correlações entre estes construtos, nomeadamente entre a Autoeficácia Alimentar Global, a Perceção de Competência e as diversas subescalas da Escala de Necessidades Psicológicas Básicas. Permitindo assim aprofundar a forma como se relacionam e colocar algumas sugestões relativamente a formas de potenciar a existência de comportamentos alimentares saudáveis nesta faixa etária.

Em conclusão é possível considerar que este trabalho aqui apresentado será um contributo para a Investigação na área da Psicologia Clínica e da Saúde, uma vez que reforça o papel das Correlações entre diversos aspetos relevantes para a Teoria da Autodeterminação e que poderão ser traduzidos em aspetos a ter em consideração aquando da intervenção neste tipo de contexto.

Referencias Bibliográficas:

- Armitage, C. J., & Conner, M. (1999). Distinguishing Perceptions Of Control From Self-Efficacy: Predicting Consumption Of a Low-Fat Diet Using The Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology, 72-90*.
- Babicz-Zielinska, E. (2006). Role of Psychological Factors in Food Choice - A Review. *Polish Journal Of Food And Nutrition Sciences, 15, 379-384*.
- Beckert, T. E., Strom, P. S., Strom, R. D., Darre, K., & Weed, A. (2008). Single Mothers of Early Adolescents: Perceptions of Competence. *Adolescence, 43, 275-290*.
- Bouffard, T., Marcoux, M., Vezeau, C., & Bordeleau, L. (2003). Changes in Self-perceptions of competence and intrinsic motivation among elementary schoolchildren. *British Journal of Educational Psychology, 73, 171-186*.
- Brannon, L., Feist, J., & Updegraff, J. (2013). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*. Belmont, CA: Cengage Learning.
- Canelas, R. P., Oliveira, B., & Correia, F. (2013). Desenvolvimento e Validação De Uma Escala de Auto-Eficácia Alimentar. *Alimentação Humana, 19, 65-72*.
- Carter, M., McGee, R., Taylor, B., & Williams, S. (2007). Health Outcomes in Adolescence: Association With Family, Friends And School Engagement. *Journal Of Adolescence, 30, 51-62*.
- Cha, E., Kim, K. H., Lerner, H. M., Dawkins, C. R., Bello, M., Umpierrez, G., & Dunbar, S. (2014). Health Literacy, Self-efficacy, Food Label Use, and Diet in Young Adults. *Am J Health Behavior, 331-339*.
- Chen, B., Vansteenkiste, M., Beyers, W., Boone, L., Deci, E. L., Kaap-Deeder, J. V., . . . Verstuyf, J. (2015). Basic Psychological need satisfaction, need frustration, and need strength across four cultures. *Motivation and Emotions, 39, pp. 216-236*.
- Chen, S. X., Lam, B. C., Buchtel, E. E., & Bond, M. H. (2014). The Conscientiousness Paradox: Cultural Mindset Shapes Competence Perception. *European Journal of Personality, 28, 425-436*.
- Christenson, J. D., & Gutierrez, D. M. (2016). Using Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Research to Promote Family Therapy With Adolescents in Residential Settings. *Contemp Fam Ther, 38, 52-61*.
- Cordeiro, P. M., Paixão, M. P., Lens, W., Lacante, M., & Sheldon, K. (2015). Factor structure and psychometric properties of the BMPN among Portuguese high school students. Relations to well-being and ill-being. *Learning and Individual Differences, 47, 51-60*.
- Coutinho, C. (2005). Aspectos Metodológicos da Investigação em Tecnologia Educativa em Portugal (1985-2000). *Universidade do Minho*.
- Coutinho, C. P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. J., & Vieira, S. (2009). Investigação-Ação: Metodologia Preferencial Nas Práticas Educativas. *Psicologia Educação e Cultura, 8, 445-479*.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "Why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11, 227-268*.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination Of Behavior. *Psychological Inquiry, 11, 227-268*.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2018). *Self Determination Theory*. Obtido de Self Determination Theory: <http://selfdeterminationtheory.org/theory/>
- Ekim, A. (2016). The Effect of Parents' Self-Efficacy Perception on Healthy Eating and Physical Activity Behaviors of Turkish Preschool Children. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 39, 30-40.
- Epstein, L. H., Gordi, C. C., Raynor, H. O., Beddome, M., Kilanowski, C. K., & Paluch, R. (2001). Increasing fruit and vegetable intake and decreasing fat and sugar intake in families at risk for childhood obesity. *Obes Res*, 9(3), 171-178.
- Fazey, D. M., & Fazey, J. A. (2001). The Potential for Autonomy in Learning: perceptions of competence, motivation and locus of control in first-year undergraduate students. *Studies in Higher Education*, 26, 345-361.
- French, D., Vedhara, K., Kaptein, A. A., & Weinman, J. (2010). *Health Psychology* (2nd ed.). Chichester: BPS Blackwell: John Wiley & Sons.
- Glasofer, D. R., Haaga, D., Hannallah, L., Field, S., Kozlosky, M., Reynolds, J., . . . Tanofsky-Kraff, M. (2013). Self-Efficacy Beliefs and Eating Behavior in Adolescent Girls Risk for Excess Weight Gain and Binge Eating Disorder. *International Journal for Eating Disorders*, 46, 663-668.
- Gonzales, B., & Ribeiro, J. P. (2004). Comportamentos de Saúde E Dimensos de Personalidade Em Jovens Estudantes Universitárias. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 107-127.
- Goode, R., Ye, L., Zheng, Y., Ma, Q., Serreika, S., & Burke, L. (2016). The Impact of Racial and Socioeconomic Disparities on Binge Eating and Self-Efficacy among Adults in a Behavioral Weight Loss Trial. *Health & Social Work*, 60-67.
- Hernando, A., Nunes, C., Torres, C. C., Lemos, I., & Valadas, S. (2013). A comparative Study on the health and well-being of adolescent immigrants in Spain and Portugal. *Saúde Soc.*, 22, 342-350.
- Hughes, A., Galbraith, D., & White, D. (2011). Perceived Competence: A Common Core For Self-efficacy and Self-Concept? *Journal of Personality Assessment*, 9, 278-289.
- Long, H. (2014). An Empirical Review of Research Methodologies and Methods in Creativity Studies (2003-2012). *Creativity Research Journal*, 26, 427-438.
- Luszczynska, A., Horodyska, K., Zarychta, K., Liszewska, N., N.Knoll, & Scholz, U. (2016). Planning and self-efficacy interventions encouraging replacing energy-dense foods intake with fruit and vegetable: A longitudinal experimental study. *Psychology & Health*, 31, 40-64.
- Mai, R., & Hoffmann, S. (2012). Taste lovers versus nutrition fact seekers: How health consciousness and self-efficacy determine the way consumers choose food products. *Journal of Consumer Behaviour*, 11, 316-328.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística - Com Utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Mata, J., Sivla, M. N., Vieira, P. N., Carraça, E. V., Andrade, A. M., Coutinho, S. R., . . . Teixeira, P. J. (2009). Motivational "Spill-Over" During Weight Control: Increased Self-Determination and Exercise Intrinsic Motivation Predict Eating Self-Regulation. *Health Psychology*, 28, 709-716.
- May, E. M., Hunter, B. A., & Jason, L. A. (2017). Methodological Pluralism and Mixed Methodology To Strengthen Community Psychology Research: An Example From Oxford House. *Journal of Community Psychology*, 45, 110-116.

- Mestre, S., & Ribeiro, J. P. (2010). Percepção de Saúde e Percepção de competência: a psicologia positiva no tratamento da obesidade. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 1388-1396.
- Moura, N. C. (2010). Influência da Mídia no Comportamento Alimentar de Crianças e Adolescentes. *Segurança Alimentar e Nutricional*, 17, 113-122.
- Muturi, N. W., Kidd, T., Khan, T., Kattelman, K., Zles, S., Lindshield, E., & Adhikari, K. (2016). An Examination Of Factors Associated With Self-Efficacy For Food Choice and Healthy Eating among Low-Income Adolescents in Three U.S. States. *Frontiers in Communication*.
- Nastaskin, R. S., & Fiocco, A. J. (2015). A Survey of Diet self-efficacy and food intake in students with high and low perceived stress. *Nastakin and Fiocco Nutrition Journal*, 1-8.
- Nestle, M., Wing, R., Birch, L., Sofra, L. D., Drewnowski, A., Arbor, A., . . . Economos, C. (1998). Behavioral and Social Influences on Food Choice. *Nutrition Reviews*, 56, 50-74.
- Ng, J. Y., Ntoumanis, N., Thogersen-Ntoumani, C., Deci, E., Ryan, R., Duda, J., & Williams, G. (2012). Self-Determination Theory Applied To Health Contexts: A Meta-Analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7, 325-340.
- Price, P. C. (2012). *Psychology Research Methods: Core Skills and Concepts*.
- Ragin, D. F. (2015). *Health Psychology: An Interdisciplinary Approach To Health* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Ramos, M., & Stein, L. M. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria*, 76, 229-237.
- Rodgers, W. M., Markland, D., Sekzler, A., Murray, T. C., & Wilson, P. M. (2014). Distinguishing Perceived Competence and Self-Efficacy: An Exemple From Exercise. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 85, 527-539.
- Rossi, A., Moreira, E. A., & Rauen, M. S. (2008). Determinantes do Comportamento Alimentar: Uma Revisão Com Enfoque Na Família. *Revista Nutrição*, 21, 739-748.
- Ryan, R. M., & Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 749-761.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). The Darker and Brighter Sides of Human Existence: Basic Psychological Needs as a Unifying Concept. *Psychological Inquiry*, 11, 319-338.
- Santos, I., Vieira, P., Silva, M., Sardinha, L., & Teixeira, P. (2016). Weight Control Behavior Of Highly Successful Wight Loss Maintainers: The Portuguese Weight Control Registry. *Journal Of Behavioral Medicine* .
- Sheldon, K. M., & Hilpert, J. C. (2012). The balanced measure of psychological needs (BMPN) scale: An alternative domain general measure of need satisfaction. *Motivation and Emotion*, 36, 439-451.
- Shirazi, K. K., Niknami, S., Wallace, L., Hidarnia, A., Rahimi, E., & Faghihzadeh, S. (2006). Changes in Self-Efficacy and Decisional Balance Following an Intervention To Increase Consumption Of Calcium-Rich Foods. *Social Behavior And Personality*, 34, 1007-1016.
- Silva, A. R. (2016). *O Impacto da Parentalidade e dos Processos Cognitivo Motivacionais na Tomada de Decisão Vocacional e Ajustamento Psicossocial em adolescentes do 3º ciclo*. Coimbra: Universidade de Coimbra.

- Silva, M. N., Marques, M. M., & Teixeira, P. J. (2014). Testing theory in practice: The example of self-determination theory-based interventions. *STD, theory and practice*, 16, 171-180.
- Sylvester, B. D., Luans, D. R., Eather, N., Standage, M., Wolf, S. A., McEwan, D., . . . Beaucham, M. (2016). Effects of Variety Support on Exercise-Related Well-Being. . *Applied Psychology: Health and Well-Being*.
- Teixeira, J. A. (2001). Psicologia da saúde em Portugal: Panorâmica breve. *Notas didáticas*, 165-170.
- Teixeira, J. A. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 441-448.
- Teixeira, J. A., & Leal, I. (1990). Psicologia da Saúde: Contexto e intervenção. *Análise Psicológica*, 453-458.
- Teixeira, P. J., Mata, J., Williams, G. C., Gorin, A. A., & Lemieux, S. (2012). Self-Regulation, Motivation, and Psychosocial Factors in Weight Management. *Journal of Obesity*, 1-4.
- Thomas, C. V., & Castro, E. K. (2012). Personalidade, Comportamentos de Saúde e Adesão ao Tratamento a Partir do Modelo dos Cinco Grandes Fatores: Uma Revisão de Literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 13, 100-109.
- Toral, N., & Slater, B. (2007). Abordagem do Modelo Tanssteórico no comportamento alimentar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 1641-1650.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.
- Turrell, G. (1997). Determinants of Gender Differences in Dietary Behavior. *Nutrition Research*, 17, 1105-1120.
- Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2013). On Psychological Growth and Vulnerability: Basic Psychological Need Satisfaction and Need Frustration as a Unifying Principle. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 263-280.
- Vansteenkiste, M., Niemiec, C. P., & Soenens, B. (2010). The Development of the five mini-theories of self determination behavior theory: An historical overview, emerging trends and future directions. *Advances in Motivation and Achievement*, 16, pp. 105-165.
- Viana, V. (2002). Psicologia, Saúde e Nutrição: Contributos para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 611-624.
- Viana, V., Santos, P. L., & Guimarães, M. J. (2008). Comportamento e Hábitos Alimentares em Crianças e Jovens: Uma Revisão da Literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9, 209-231.
- Vieira, P. N., Silva, M. N., Coutinho, S. R., Santos, T. C., Santos, I., Sardinha, L. B., & Teixeira, P. J. (2012). Sucesso na manutenção do peso perdido em Portugal e nos Estados Unidos: comparação de 2 Registos Nacionais de Controlo do Peso. *Revista portuguesa de saúde pública*, 30, 115-124.
- Wansink, B., Cheney, M. M., & Chan, N. (2003). Exploring Comfort Food Preferences Across Age And Gender. *Physiology & Behavior*, 79, 739-747.
- Worsley, A. (2002). Nutrition Knowledge and food consumption: Can nutrition Knowledge change food behaviour. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 11, 579-585.

