



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências Sociais e Humanas

**COMPORTAMENTOS DE SAÚDE: ESTUDO EXPLORATÓRIO  
DA RELAÇÃO ENTRE AS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS  
BÁSICAS E A AUTOEFICÁCIA ALIMENTAR**

**Tânia Marlene Freitas Fernandes**

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

Orientadora: Prof. Dra. Ludovina Almeida Ramos

**Covilhã, outubro de 2016**

Comportamento de Saúde: Estudo Exploratório da relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas e a Autoeficácia alimentar

## **Dedicatória**

*À Covilhã. À “Manessa” e a mim...*

Comportamento de Saúde: Estudo Exploratório da relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas e a Autoeficácia alimentar

## Agradecimentos

Vendo esta etapa a chegar ao fim, resta-me fazer uma pequena reflexão acerca de todo este processo. Não posso deixar de pensar na pequena rapariga que decidiu ser diferente e ir à procura do que realmente lhe fazia falta: a “vida”.

Não foi fácil, engane-se quem pensou o contrário. Posso dizer que aprendi muito, lutei muito, fraquejei ainda mais, mas levantei-me sempre. Resta-me agradecer a quem esteve do meu lado, e a quem proporcionou que este trabalho, com muito esforço, tivesse sido desenvolvido e, finalmente, concluído.

À minha orientadora Professora Doutora Ludovina Maria Almeida Ramos pela disponibilidade e pelo acompanhamento ao longo deste processo.

Às instituições e respetivos colaboradores, que gentilmente nos receberam e que permitiram a recolha de dados e em especial a todos os “pequenos grandes” participantes deste estudo, pela sua atenção, disponibilidade e paciência.

Ao Gonçalo, à Catarina, à Inês e à Márcia, por nunca me deixaram “cair” e pelas palavras de carinho e conforto. Em especial, à Joana, à Luísa e à Laura pelo apoio e pela verdadeira ajuda, quando mais precisei.

À minha mãe por ser a “única a acreditar” nas filhas, e à minha irmã por acreditar em mim.

Ao Porto, cidade do meu coração, por ter tudo o que eu preciso para rejuvenescer. À Covilhã, à minha Covilhã, por ter sido a minha verdadeira “casa”. À UBI, por me ter proporcionado esta aventura.

Comportamento de Saúde: Estudo Exploratório da relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas e a Autoeficácia alimentar

## Resumo

A Teoria da Autodeterminação é uma abordagem motivacional assente numa meta teoria que realça a importância dos recursos humanos na autorregulação do seu comportamento. A satisfação das necessidades psicológicas básicas (autonomia, competência e relacionamento) influenciam a adoção/ mudança de comportamentos. Quando o sujeito sente que as suas necessidades estão satisfeitas, consegue ter a perceção das suas competências para estabelecer e cumprir objetivos, nomeadamente em relação à promoção e prevenção da sua saúde.

Foi desenvolvido um estudo exploratório com 824 crianças com idades entre os 9 e os 17 anos, a frequentar os 2º/3º ciclos do ensino particular e cooperativo, dos distritos do Porto, Aveiro e Coimbra. Foi aplicado um questionário sociodemográfico, a Escala das Necessidades Básicas versão portuguesa da Balanced Measure of Psychological Needs (BMPN) e a Escala de Autoeficácia Alimentar Global (EAEAG). Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e correlacional, com o objetivo de investigar a relação entre as necessidades psicológicas básicas e a autoeficácia alimentar.

Os resultados mostraram que o sexo feminino obteve maior grau de satisfação e frustração da necessidade de relacionamento quando comparado com o sexo masculino. Em relação à perceção autoeficácia, o sexo masculino obteve pontuações mais elevadas. Face à idade, o grupo das crianças mais velhas destacou-se pelo elevado grau de satisfação de autonomia e relacionamento. O grupo das crianças mais novas apenas se realçou em relação à perceção de autoeficácia.

Os resultados obtidos sugerem, como esperado, uma associação positiva entre o grau de satisfação das necessidades psicológicas e a perceção de autoeficácia. Assim, as alterações comportamentais acontecem quando o sujeito tem as suas necessidades psicológicas satisfeitas e tem noção das suas competências perante objetivos que pretende cumprir, nomeadamente face à adoção de comportamentos de saúde.

## Palavras-chave

Comportamentos de saúde, Teoria da Autodeterminação, Motivação, Necessidades Psicológicas Básicas, Teoria Social Cognitiva, Autoeficácia.

Comportamento de Saúde: Estudo Exploratório da relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas e a Autoeficácia alimentar

## Abstract

The Self-Determination Theory is a motivational approach based on a theory goal that highlights the importance of human resources in the self-regulation of their behavior. The satisfaction of basic psychological needs (autonomy, competence and relationship) influence the adoption / change of behavior. When the subject feels that their needs are met, he can have the perception of his powers to set and meet goals, particularly in relation to the promotion and prevention of his health.

An exploratory study of 824 children aged 9 to 17 years that attended the 2nd / 3rd cycles of private and cooperative education, of the districts of Porto, Aveiro and Coimbra was developed. A sociodemographic questionnaire was made, where the Scale of Basic Needs (Portuguese version of Balanced Measure of Psychological Needs (BMPN)) and the Global Food Self-efficacy Scale (EAEAG) were applied. This is an exploratory, descriptive and correlational study aimed to investigate the relationship between basic psychological needs and food self-efficacy.

The results showed that females had higher level of satisfaction and frustration of the need for relationship when compared to males. Regarding self-efficacy perception, males obtained higher scores. Given the age, the group of older children were highlighted by the high degree of satisfaction of autonomy and relationship. The group of younger children only were highlighted in relation to the perception of self-efficacy.

There is a positive association between the degree of satisfaction of psychological needs and the perception of self-efficacy. This indicates that behavioral changes occur when the subject has met his psychological needs and sense of his abilities and skills towards goals he wants to accomplish, namely the adoption of health behaviors.

## Keywords

Health behaviors, Self-Determination Theory, Motivation, Psychological Basic Needs, Social Cognitive Theory, Self-efficacy.

Comportamento de Saúde: Estudo Exploratório da relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas e a Autoeficácia alimentar

# Índice

Introdução	1
<b>PARTE I. Revisão da literatura</b>	<b>3</b>
<b>Capítulo I. Comportamentos de saúde: promoção e prevenção para a doença</b>	<b>5</b>
1. Saúde e Psicologia da Saúde: definição e conceito	5
2. Promoção, prevenção e mudança para Comportamentos de Saúde	7
<b>Capítulo II. Teoria de Autodeterminação e Teoria Social Cognitiva</b>	<b>13</b>
1. Os componentes básicos da Teoria da Autodeterminação	13
1.1. Teoria das Necessidades Psicológicas Básicas	18
2. Os componentes básicos da Teoria Social Cognitiva de Bandura	20
2.1. O conceito de Autoeficácia	22
<b>Capítulo III. Influência das Necessidades Psicológicas básicas e da autoeficácia alimentar no comportamento de saúde</b>	<b>25</b>
<b>PARTE II. Estudo Empírico</b>	<b>33</b>
<b>Capítulo I. Metodologia</b>	<b>35</b>
1. Objetivos	35
2. Participantes	36
3. Instrumentos	38
a. Questionário Sociodemográfico	38
b. Escala de Necessidades Básicas (BMPN)	39
c. Escala de Autoeficácia Alimentar Global (EAEAG)	39
4. Procedimentos	40
a. Recolha de dados	40
b. Análise estatística	41
<b>Capítulo II. Resultados</b>	<b>45</b>
1. Estatística Descritiva para BMPN	45
1.1. Estudo da Normalidade	47
1.2. Teste das hipóteses para o grupo: Sexo	48
1.3. Teste das hipóteses para o grupo: Idade	51
2. Estatística Descritiva para EAEAG	54
2.1. Estudo da Normalidade	55
2.2. Teste das hipóteses para os grupos: Sexo e Idade	56
3. Associações entre Necessidades Psicológicas básicas e Autoeficácia	57
3.1. Teste de Hipóteses	57

Comportamento de Saúde: Estudo Exploratório da relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas e a Autoeficácia alimentar

3.2. Regulação Linear Múltipla	60
<b>Discussão</b>	61
<b>Conclusão</b>	67
<b>Bibliografia</b>	71
<b>Anexos</b>	81

## Lista de Figuras

Figura 1. Modelo Hierárquico da Motivação

Figura 2. *Continuum* da Teoria da Autodeterminação

Figura 3. Modelo explicativo da reciprocidade triádica

Gráfico 1. Contagem de pessoas com maior e menor grau de satisfação das Necessidades

Gráfico 2. Gráfico da normalidade do BMPN

Gráfico 3. Contagem de pessoas com maior e menor percepção de Autoeficácia

Gráfico 4. Gráfico da normalidade da EAEAG

Comportamento de Saúde: Estudo Exploratório da relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas e a Autoeficácia alimentar

## Lista de Tabelas

**Tabela 1.** Tipos de Regulação Comportamental

**Tabela 2.** Fontes de autoeficácia

**Tabela 3.** Caracterização da amostra: variáveis nominais

**Tabela 4.** Caracterização da amostra: variáveis ordinais

**Tabela 5.** Estatística descritiva dos resultados gerais da escala BMPB

**Tabela 6.** Estatística descritiva dos resultados acerca da Satisfação e Frustração

**Tabela 7.** Relação entre os domínios de Satisfação com Satisfação das Necessidades

**Tabela 8.** Relação entre os domínios de Frustração com Frustração das Necessidades

**Tabela 9.** Relação entre os domínios de Satisfação com Frustração das Necessidades

**Tabela 10.** Apresentação dos resultados relativos ao *t-student* para amostras independentes - variável Sexo e Satisfação da Autonomia

**Tabela 11.** Apresentação dos resultados relativos ao *t-student* para amostras independentes - variável Sexo e Satisfação da Competência

**Tabela 12.** Apresentação dos resultados relativos ao *t-student* para amostras independentes - variável Sexo e Satisfação de Relacionamento

**Tabela 13.** Apresentação dos resultados relativos ao *t-student* para amostras independentes - variável Sexo e Frustração da Autonomia

**Tabela 14.** Apresentação dos resultados relativos ao *t-student* para amostras independentes - variável Sexo e Frustração de Competência

**Tabela 15.** Apresentação dos resultados relativos ao *t-student* para amostras independentes - variável Sexo e Frustração de Relacionamento

**Tabela 16.** Apresentação dos resultados relativos ao *t-student* para amostras independentes - variável Idade e Satisfação da Autonomia

**Tabela 17.** Apresentação dos resultados relativos ao *t-student* para amostras independentes - variável Idade e Satisfação de Competência

**Tabela 18.** Apresentação dos resultados relativos ao *t-student* para amostras independentes - variável Idade e Satisfação de Relacionamento

**Tabela 19.** Apresentação dos resultados relativos ao *t-student* para amostras independentes - variável Idade e Frustração da Autonomia

**Tabela 20.** Apresentação dos resultados relativos ao *t-student* para amostras independentes - variável Idade e Frustração de Competência

**Tabela 21.** Apresentação dos resultados relativos ao *t-student* para amostras independentes - variável Idade e Frustração de Relacionamento

**Tabela 22.** Estatística descritiva dos resultados da EAEAG

**Tabela 23.** Apresentação dos resultados relativos ao *t-student* para amostras independentes - variável Sexo

**Tabela 24.** Apresentação dos resultados relativos ao *t-student* para amostras independentes - variável Idade

**Tabela 25.** Correlação entre necessidade de Satisfação e Frustração

**Tabela 26.** Correlação entre Autoeficácia e Satisfação e Frustração das necessidades

**Tabela 27.** Correlação entre Autoeficácia e Satisfação da necessidade de Autonomia

**Tabela 28.** Correlação entre autoeficácia e Satisfação da necessidade de Competência

**Tabela 29.** Correlação entre Autoeficácia e Satisfação da necessidade de Relacionamento

**Tabela 30.** Correlação entre Autoeficácia e Frustração da necessidade de Autonomia

**Tabela 31.** Correlação entre Autoeficácia e Frustração da necessidade de Competência

**Tabela 32.** Correlação entre Autoeficácia e Frustração da necessidade de Relacionamento

**Tabela 33.** Regressão Linear Múltipla para os fatores da BMPN como preditores da Autoeficácia (EAEAG)

## Lista de Acrónimos

OMS	Organização Mundial de Saúde
PS	Psicologia da Saúde
CS	Comportamento de Saúde
CR	Comportamento de Risco
TAD	Teoria de Autodeterminação
NPB	Necessidades Psicológicas Básicas
TSC	Teoria Social Cognitiva
AE	Autoeficácia
NS	Não sabe
N/n	Tamanho da amostra
M	Média
dp	Desvio padrão
BMPN	Escala das Necessidades Psicológicas
EAEAG	Escala de Autoeficácia Alimentar Global
ICAC	Inventário Clínico de Autoconceito
e.g.,	Por exemplo

Comportamento de Saúde: Estudo Exploratório da relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas e a Autoeficácia alimentar

## Lista de Anexos

Anexo 1. As mini-teorias das TAD

Anexo 2. Questionário Sociodemográfico

Anexo 3. Caracterização da Amostra

Comportamento de Saúde: Estudo Exploratório da relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas e a Autoeficácia alimentar

## Introdução

Ser “saudável” depende de variadíssimos fatores, nomeadamente biológicos, genéticos, do próprio sistema de saúde, do ambiente físico e social do indivíduo, bem como dos comportamentos que adota e do respetivo estilo de vida. Apesar da importância do sistema de saúde, este não é o fator mais determinante para a saúde das pessoas. Já em 1974 foi referido por Lalonde (ministro da saúde do Canadá na época) a influência do comportamento na saúde, e de acordo com diversos estudos, as doenças do mundo moderno associam-se a comportamentos considerados nocivos como o sedentarismo, consumo de álcool e tabaco, alimentação desequilibrada e situações de stresse (Aaronson, Acquadro, Alonso, Apolone, Bucquet, Bullinger, Bungay, Fukuhara, Gandek, Keller, Razavi, Sanson-Fisher, Sullivan, Wood-Dauphinee, Wagner & Ware, 1992; Ribeiro, 2004).

O excesso de peso e obesidade constituem um dos maiores problemas de saúde pública tanto na Europa como no resto do Mundo, sendo considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a Epidemia do Século XXI. Portugal não é exceção, sendo também atingido por este flagelo e considerado um dos países europeus que apresenta maior taxa de prevalência, nomeadamente entre as crianças e jovens (Padez, Fernandes, Mourão, Moreira & Rosado, 2004).

Para além dos fatores mencionados anteriormente, os de carácter psicossocial podem influenciar a adoção de comportamentos de saúde e estilos de vida saudáveis, nomeadamente através da satisfação das necessidades psicológicas básicas e da autoeficácia. A teoria da autodeterminação, tem contribuído para a compreensão das motivações subjacentes à adoção e manutenção de comportamentos, nomeadamente no âmbito da saúde e da doença. A aplicação dos princípios deste modelo teórico no estudo da satisfação/ frustração das necessidades psicológicas básicas em diferentes comportamentos de saúde é reconhecida como relevante, pela comunidade científica, assim como a sua aplicação no contexto da prática dos cuidados de saúde. Relativamente à teoria social cognitiva, os indivíduos possuem mecanismos próprios que permitem controlar seus pensamentos, sentimentos, motivações e ações. Desta forma, entre os fatores que compõem a teoria, a autoeficácia é a perceção que cada sujeito faz acerca de suas capacidades para alcançar níveis de rendimento objetivos (Deci & Ryan, 2000; Ryan, Patrick, Deci & Williams, 2008).

Tendo por base o que foi supracitado e uma vez que se trata de um projeto de âmbito académico com vários envolvidos, o projeto “Comportamentos de saúde e prevenção para a doença” pretende estudar os comportamentos de saúde em crianças e jovens em idade escolar, identificar fatores de promoção para a mudança comportamental e a adesão a

programas de promoção de saúde (através da promoção da autorregulação, da motivação para a mudança e da adesão às estratégias de intervenção).

Assim, e afunilando para o tema deste trabalho em específico, foi ambição compreender o processo através do qual os sujeitos iniciam e mantêm padrões comportamentais promotores de saúde através da satisfação das necessidades psicológicas básicas, e como estas se relaciona/influenciam com a autoeficácia. A opção por estes modelos teóricos, justifica-se pela forma como ambos perspetivam o ser humano, atentando ao potencial que este tem no crescimento e desenvolvimento psicológico, bem como na capacidade para alterar o seu comportamento, no sentido de obter uma vida mais saudável (Deci & Ryan, 2000).

Foi pertinente desenvolver um estudo exploratório, descritivo e correlacional, tendo como modelo conceptual a teoria da autodeterminação de Deci e Ryan, e a teoria social cognitiva de Bandura. Como objetivo central, é ambição contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico relativamente às necessidades psicológicas e autoeficácia em Portugal, uma vez que se trata de uma temática ainda pouco investigada em relação à população portuguesa no geral, e em especial numa faixa etária tão específica.

De modo a levar a cabo esta investigação, foi necessário delinear duas partes primordiais: Revisão da Literatura e Estudo Empírico. Assim, na primeira parte consta o enquadramento teórico referente ao tema em análise, sendo que o primeiro capítulo é ilusivo aos Comportamentos de saúde: promoção e prevenção para a doença, o segundo capítulo aborda as teorias de Autodeterminação e a Social Cognitiva, e por fim, o terceiro incide sobre a Influência das Necessidades Psicológicas básicas e da autoeficácia alimentar no comportamento de saúde. Na segunda parte do trabalho consta a Apresentação do estudo, Participantes, Procedimentos, Instrumentos de Avaliação e Procedimentos. A terceira parte é dedicada unicamente aos resultados, ao passo que a quarta terá a Discussão dos resultados e, por fim a última, as devidas Conclusões.

## **PARTE I. Revisão da Literatura**

Comportamento de Saúde: Estudo Exploratório da relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas e a Autoeficácia alimentar

# Capítulo I. Comportamentos de saúde: promoção e prevenção para a doença

## 1. Saúde e Psicologia da Saúde: definição e prevenção conceito

O conceito de saúde tem sido alvo de alterações significativas à luz da evolução científico-tecnológica e da visão que o ser humano tem em relação à sua existência e ao significado que atribui à vida (Bezerra & Sorpreso, 2016).

Este conceito é determinado por fatores individuais de natureza biológica (e.g., constituição genética, idade ou sexo) e comportamental (e.g., respostas ao ambiente ou estilo de vida). Também se insere em diferentes contextos, nomeadamente no socioeconómico (e.g., sistema de saúde, estatuto socioeconómico e cultura), e no ambiental (e.g., consequências da poluição na saúde). A noção de saúde é caracterizada essencialmente pela ausência total de doença física. Em 1947 a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença. A saúde é ainda entendida como sendo um estado dinâmico emocional, espiritual, sexual e ambiental, bem como um conceito positivo e multifatorial que pressupõe uma certa despreocupação e inconsciência (Fleck, 2000; Soares, Pereira & Canavarro, 2014).

Quando se reflete acerca do constructo de saúde, as preocupações centram-se essencialmente sobre a vertente orgânica e raramente na emocional, comportamental e/ou psicológica. Para colmatar esta evidência, muitos modelos teóricos sofreram alterações com a evolução da importância do conceito de saúde. Assim sendo, o paradigma biopsicossocial foi o que se destacou, sendo considerado o mais completo na aproximação teórica e clínica. Outra mudança crucial está relacionada com o elevado custo associado com os cuidados de saúde e qualidade de vida sobre a prevalência de doenças infecciosas para as doenças crônicas (Azevedo & Ribas, 2016; Reis, 1999).

Não obstante, os progressos científicos na área da saúde são evidentes face ao sentido de responsabilidade do ser humano na prevenção, promoção e manutenção da sua própria saúde, ainda que esta seja inevitavelmente influenciada por fatores sociais e culturais. Com o passar do tempo e tendo em conta as evoluções no sistema de saúde, verificou-se uma consciência progressiva em relação ao papel do comportamento e da doença na saúde. É neste contexto que se desenvolve a Psicologia da Saúde (PS), que constitui uma das áreas disciplinares que mais tem contribuído para a promoção da saúde (Scliar, 2007).

A importância do estudo acerca do comportamento humano no contexto da saúde é atualmente uma das áreas promissoras da investigação e intervenção psicológica, indo ao encontro das necessidades do ser humano relativamente à temática da saúde e da doença. A PS nasce pela capacidade de fazer contribuições aos níveis profissionais, científicos e educacionais para a promoção e a manutenção da saúde, bem com na ambição de prevenir e tratar o processo de saúde-doença. É capaz de identificar fatores relacionados com o desenvolvimento das doenças, com a análise e melhoria do sistema dos serviços de saúde e na elaboração de uma política sanitária (Almeida & Malagris, 2011; Matos, 2004).

O desenvolvimento do repertório comportamental responsável pela promoção de competências de/e para a manutenção da saúde, é maioritariamente adquirido durante o período da infância e da adolescência. Nestas fases do desenvolvimento devem ser incrementados hábitos de saúde através da alimentação saudável e do exercício físico. Uma dieta rica, saudável e equilibrada durante este ciclo vital torna-se fundamental para a redução de eventuais problemas da saúde. É importante alertar para os malefícios da ingestão de alimentos pouco saudáveis, uma vez que associados com a aparência e/ou forma física podem desencadear sentimentos de insegurança. Tal situação é muito comum no período da adolescência e em sujeitos do sexo feminino conduzindo a alterações no comportamento, como elevados níveis de ansiedade ou até isolamento social (Almeida & Malagris, 2011; Calvetti, Muller & Nunes, 2007; Castiel, Ferreira & Moraes, 2014).

A obesidade na infância e na adolescência é multifatorial, sendo evidente a contribuição das interações entre os fatores genéticos, neuroendócrinos, metabólicos, psicológicos, ambientais e sócio culturais. Como referido anteriormente, é na infância e na adolescência que são incorporadas práticas saudáveis como, as preferências alimentares e a prática de atividade física. Assim, torna-se fundamental o desenvolvimento e implantação de estratégias de prevenção durante esses períodos iniciais, promovendo hábitos saudáveis e reduzindo comportamentos de risco para a saúde (Batista, Honório, Martins, Massuça & Fonseca, 2015; Todendí, Borges, Schwanke, Garcia & Krug, 2012).

A origem multifatorial da obesidade sugere que a prevenção se deve centrar nas escolhas e comportamentos individuais e também nos fatores sociais e ambientais que os influenciam. Através destas e da conjugação de estratégias provenientes de organizações internacionais com iniciativas locais ou comunitárias, é possível intervir com prevenção e promoção de competências. Defendida por vários especialistas e organizações, a prevenção centrada nas crianças e jovens justifica-se pela facilidade de intervenção junto destas faixas etárias, seja em ambiente familiar, escolar e nos serviços de saúde. Deste modo é possível influenciar a sua alimentação e padrões de atividade e, por consequência, o seu desenvolvimento. Por outro lado, verifica-se uma maior dificuldade ao nível da intervenção em faixas etárias mais

avançadas precisamente pela dificuldade que os adultos apresentam face à perda de peso (Albuquerque, Cavalcante, Almeida & Carrapeiro, 2016; Rojas & Gutiérrez, 2014).

É perante situações de risco que a PS fornece ferramentas que promovem o desenvolvimento de atitudes e comportamentos promissores para a saúde e para a prevenção da doença, tais como: 1) competências de gestão de *stress*, promoção de competências pessoais, promoção de resiliência e desenvolvimento de redes sociais de apoio; 2) uma visão desenvolvimental acerca das características e necessidades da população em termos de saúde/bem estar; 3) conhecimento acerca do comportamento humano face a constructos cognitivos, emocionais e comportamentais (atos e palavras) como determinante de escolhas a nível da saúde, introduzindo conceitos como competência ou participação; 4) uma perspetiva ecológica e sistémica sobre a importância para a saúde da interação entre grupos como família, escola, trabalho e apoio social; 5) o estudo sobre fatores culturais e o seu impacto na saúde das populações, e por fim 6) a recolha de informação e avaliação de ações através da implementação de estratégias baseadas em metodologias qualitativas, e nas teorias da comunicação interpessoal e dinâmica de grupo (Almeida & Malagris, 2011).

Os comportamentos associados à saúde têm sido o foco primordial na área da investigação e de intervenção da PS, procurando avaliar, prever e mudar padrões comportamentais no sentido de melhorar a saúde. Foram desenvolvidos inúmeros modelos teóricos com o objetivo de facultar informações acerca do motivo do envolvimento, ou recusa, dos indivíduos em determinados comportamentos e a flexibilidade dos mesmos em se alterar (Almeida & Malagris, 2011; Calvetti, Muller & Nunes, 2007; Teixeira, 2004

## **2. Promoção, prevenção e mudança para Comportamentos de Saúde**

Segundo os autores Castiel, Ferreira e Moraes (2014) o conceito de “saúde” continua a ser visto pela inexistência de patologia, pela responsabilidade que uma saudável alimentação tem no desenvolvimento de uma boa qualidade de vida, bem como pelo papel desempenhado pelos profissionais de saúde no estabelecimento de normas a cumprir pelos sujeitos.

A promoção da saúde assume uma posição multidisciplinar sendo definido na Carta de Ottawa em 1986 como sendo “um processo através do qual as pessoas adquirem um maior controlo sobre a sua saúde e a melhoram”. A definição adotada por esta organização e que tem sido utilizada, é a que se trata de um processo para “capacitar” o ser humano a promover o controlo sobre a sua saúde de modo a preservá-la e a melhorá-la. As atividades de promoção da saúde são tarefas que contribuem para a saúde, ao passo que e não menos importante,

comportamentos preventivos são ações que evitam ou impedem o desenvolvimento de alguma doença (Castiel, Ferreira & Moraes, 2014; WHO, 1986).

O processo de formação da “saúde” inclui a ideia de que a promoção deste constructo se desenvolve ao longo do ciclo vital, tal como supramencionado. A saúde é um sistema de interação do organismo com o seu ambiente físico e social. O processo para a promoção do sistema de saúde é influenciado por variados fatores. Alguns deles incluem adaptações ambientais e comportamentais fomentadas através de estratégias educacionais, motivacionais, organizacionais, económicas e tecnológicas. Este processo permite desenvolver competências de controlo sobre a saúde, tal como modificar condições sociais, ambientais e económicas com o objetivo de atenuar o seu impacto na saúde pública e individual (Machado, Gubert, Meyer, Sampaio, Dias, Almeida, Morais, Silva, Campos, Chagas & Chaves, 2015; Matos, 2004; Sousa, Gaspar, Fonseca, Hendricks & Murdaugh, 2015).

Um dos principais componentes da intervenção para a promoção da saúde é a educação. Segundo a OMS, a educação para a saúde proporciona oportunidades de aprendizagem capazes de contribuir para o aumento dos níveis de conhecimento e competências, uma vez que se trata de um meio promotor no desenvolvimento de estratégias. O processo de promoção é mais amplo do que o da prevenção para a doença, na medida em que implica proteção e a manutenção para a saúde, mas também a promoção do ótimo estado vital, físico, mental e social. A educação para a saúde, assume, uma posição estratégica para a promoção da saúde (Castro & Musgrove, 2016; WHO, 1986).

A OMS considerou oportuno estabelecer metas promotoras da saúde, realçando a importância de uma abordagem privilegiada no ambiente escolar para a promoção da saúde e para os estilos de vida saudáveis<sup>1</sup>. Esta organização define como *Escola Promotora da Saúde* a instituição que inclui a educação para a saúde no currículo e que proporciona atividades de saúde escolar. Para a eficácia destes programas é crucial que estes sejam construídos sobre pilares capazes de proporcionar competências de perceção de ameaças à saúde, de adoção de comportamentos positivos e de estabelecimento de relações saudáveis. Estes tipos de dinâmicas serão capazes de beneficiar a promoção da autonomia, a responsabilização e a participação ativa dos jovens na construção do seu futuro com saúde e bem-estar (Machado, et al., 2015; WHO, 1986).

Posto isto, é cada vez mais urgente apostar numa educação permanente e numa dinâmica mais estimulante que proporcione o desenvolvimento e a promoção de comportamentos alimentares responsáveis. A crescente evidência, a consciência e a preocupação para as causas mais frequentes de morte e de doença parecem ser consequência do comportamento

---

<sup>1</sup> Os estilos de vida desenvolvem-se através de um complexo conjunto e interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais.

individual, do estilo de vida ou dos riscos para a saúde existentes no local de trabalho ou no meio ambiente (Cardoso, Santos, Nunes & Loureiro, 2015).

Tal como a promoção, a prevenção deve estar focalizada na adoção de comportamentos assertivos, adotando um estilo de vida saudável com o objetivo de prevenir futuros problemas de saúde. A prevenção em saúde requer uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença. As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o aparecimento de doenças específicas, reduzindo a incidência e a prevalência na população. O seu objetivo é o de controlar a transmissão de doenças infecciosas e reduzir o risco de doenças degenerativas ou outras doenças. Os projetos de prevenção (educação para a saúde) estruturam-se mediante a divulgação de informações científicas e de recomendações para a mudanças de hábitos. Por seu turno a promoção da saúde é bem mais ampla que prevenção, na medida em que se refere a medidas que não se dirigem a uma determinada doença, mas sim desenvolver meios para garantir saúde e bem-estar. As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho fomentadas em estruturas subjacentes aos problemas de saúde (Silva, Cotta & Rosa, 2013).

A obesidade em crianças e adolescentes apresenta um crescente aumento à escala mundial sendo que estes tendem a permanecer obesos na fase adulta. Assim, reconhece-se que a prevenção deve ser uma prioridade e que através dela é possível alcançar significativamente melhorias no sistema de saúde. Efetivamente, a crescente importância do “caráter social” dos fatores relacionados com a saúde/doença, tem-se refletido no desenvolvimento do conceito de promoção e prevenção da saúde ao longo dos tempos (Albuquerque, Cavalcante, Almeida & Carrapeiro, 2016; Todendi, Borges, Schwanke, Garcia & Krug, 2012; Rojas & Gutiérrez, 2014).

Segundo os autores Beja, Ferrinho e Craveiro (2014), é necessário apostar em comportamentos de prevenção e promoção para a saúde desde cedo, precisamente pelas consequências que comportamentos desviantes podem ter a longo prazo. Isto porque, a adoção de comportamentos pouco saudáveis nos períodos da infância e, essencialmente na adolescência, têm repercussões negativas em relação ao desenvolvimento do sujeito a curto, médio e longo prazo. Em contrapartida, o desenvolvimento de comportamentos de proteção em relação à saúde, precisamente ao longo do período da infância e da adolescência, podem ter efeitos positivos e altamente duradouros nas etapas seguintes do ciclo vital. Deste modo, para ter um estilo de vida saudável este deve incorporar componentes complementares tanto de promoção da saúde quanto de prevenção.

Considerando que na sociedade moderna a maioria das causas de morte são resultantes de padrões comportamentais desviantes, tem sido fundamental apostar no desenvolvimento de

programas capazes de inculcar competências de proteção para a saúde. No entanto, e apesar da adoção de inúmeras estratégias no âmbito da prevenção primária, estas continuam a não ser suficientes. Ainda que os adolescentes sejam mais vulneráveis às influências externas, tem-se observado que, independentemente de toda a informação colocada à sua disponibilidade, esta continua a não ser suficiente na adoção de comportamentos saudáveis (Beja, Ferrinho & Craveiro, 2014; Matos, Marques, Calmeiro & Loureiro, 2014).

Tendo por base a literatura consultada acerca dos comportamentos de risco (CR) estes podem estar relacionados desde o uso e abuso de substâncias, à violência, suicídio, gravidez na adolescência, consumo de álcool, distúrbios de alimentação, inatividade física, doenças sexualmente transmissíveis ou até excesso de sal e açúcar nas refeições. Tais comportamentos podem, inevitavelmente, contribuir para o desenvolvimento de doenças crónicas na meia-idade e na velhice. Estes padrões comportamentais podem ser evitados perante a concretização de medidas de prevenção e de promoção adequadas (Belem, Rigoni, Santos, Vieira & Vieira, 2016; Brito, Hardman & Barros, 2015; Martins & Tavares, 2015).

O termo CR foi definido como sendo qualquer atividade com frequência e intensidade tal, que conduza a um aumento do risco para doença ou acidente. A expressão CR pode ser também definida pela participação em atividades que podem comprometer a saúde física e mental, pelo carácter exploratório, podendo ou não levar à sua consolidação e conduzir a consequências ao nível individual, familiar e social. No entanto e segundo os CR mencionados anteriormente, a exposição ao risco e as dificuldades consequentes do mesmo, fazem parte de um desenvolvimento normal e saudável motivado pela necessidade de vivenciar novas experiências (Lima-Serrano, Lemos & Nunes, 2013; Matos, Marques, Calmeiro & Loureiro 2014; Martins & Tavares, 2015).

Os CR são normalmente o resultado da força de vontade que o sujeito tem no momento da ação, da necessidade de experiência, do prazer e/ou da satisfação que este comportamento suscita nele, excluindo a possibilidade de consequências prejudiciais para si e para os que o rodeiam. Os fatores de risco normalmente predizem comportamentos prejudiciais para a saúde. Desigualdades significativas nos indicadores sociais e de saúde de acordo com idade, sexo e situação socioeconómica também são evidentes. Muitos efeitos dos fatores de risco à saúde entre os adultos podem ser evitados se esses comportamentos forem identificados e alterados num estágio inicial. Portanto, é essencial entender e avaliar os comportamentos de promoção da saúde entre os adolescentes a fim de promover seu crescimento saudável (Lima-Serrano, Lemos & Nunes, 2013; Thomas & Castro, 2012; Sousa, Gaspar, Fonseca, Hendricks & Murdaugh, 2015).

No entanto, não é possível estabelecer uma relação linear entre um fator de risco e a saúde, visto que podem ser inerentes ao indivíduo, quer pela estrutura, quer pela dependência das

suas intenções, expectativas, emoções e meio ambiente. Os CR que são adotados como estilo de vida, vão-se enraizando ao longo do desenvolvimento do indivíduo, acabando por originar doenças associadas a esse mesmo estilo de vida (Thomas & Castro, 2012; Sousa, Gaspar, Fonseca, Hendricks & Murdaugh, 2015).

A OMS define comportamento de saúde (CS) como qualquer atividade ou ação com o propósito de promover, proteger ou manter a saúde, quer seja eficaz ou não para alcançar o fim pretendido. Os CS e os CR tendem a agregar-se de uma forma complexa formando perfis, que recebem a denominação de estilos de vida. Os estilos de vida e os comportamentos de saúde estão intimamente ligados através de elementos estruturadores e requisitos indispensáveis à obtenção do bem-estar físico, mental e social, com base na educação, na justiça, no trabalho, na família, na habitação, na higiene, na segurança, na alimentação, nos recursos económicos, nos recursos ambientais ou até nos comportamentos de risco em relação às drogas ilícitas, por exemplo (WHO, 1998).

Os fatores protetores para a saúde podem ser externos ou internos ao indivíduo. Segundo Sawyer, Afifi, Bearinger, Blakemore, Dick, Ezeh e Patton (2012) os fatores protetores que promovem o desenvolvimento positivo podem ser os seguintes: Políticos - políticas que promovem o acesso universal aos recursos que facilitam a adaptação positiva, cuidados preventivos de saúde, alimentação adequada, habitação segura e sustentável, prevenção e proteção face à violência e à perseguição política, proteções ambientais (ambiente livre de poluição), acesso igual aos recursos económicos e políticos, de poder e de oportunidade; Comunidade - Vizinhança segura, baixo nível de violência na comunidade, inexistência de tráfico de droga, ligações com organizações pró-sociais, rede social, espaços de aprendizagem e lazer; Educação- Escolas com qualidade, professores atentos, competentes e bem preparados, existência de programas extracurriculares, alternativas recreativas (como atividades de desporto, música e arte); Família - Ambiente familiar estável e organizado, existência de um relacionamento próximo com um adulto na família, relações positivas, rede familiar de apoio; Individual - relações de vinculação segura na infância, relações positivas com pares, estratégias emocionais de regulação eficazes, visão positiva de si (e.g., autoconfiança, autoestima, esperança, auto-eficácia), características avaliadas positivamente pela sociedade e pelo próprio (e.g., talento), nível elevado de inteligência e capacidade de resolução de problemas (Viner, Ozer, Denny, Marmot, Resnick, Fatusi & Currie, 2012).

Em suma e segundo os autores Sousa, Gaspar, Fonseca, Hendricks e Murdaugh (2015), os CS na adolescência foram relacionados a atributos psicológicos de autoestima, autoeficácia e esperança. Em tom de conclusão, importa refletir acerca da influência que algumas variáveis humanas, como as necessidades psicológicas básicas e a autoeficácia, possam ter perante a tomada de decisão de mudança de um comportamento alimentar. Assim, no capítulo que se

## Comportamento de Saúde: Estudo Exploratório da relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas e a Autoeficácia alimentar

segue serão abordadas temáticas referentes às necessidades psicológicas básicas e autoeficácia alimentar.

## Capítulo II. Teoria de Autodeterminação e Teoria Social Cognitiva

Cada ser humano é um ser único, com interesses particulares, gostos indiscutíveis e comportamentos peculiares. Esta diversidade de interesses permite aceitar a ideia de que, para além de os sujeitos serem altamente idiossincráticos e não se comportarem de igual modo, também não agem em conformidade uns com os outros. Cada um tem os seus objetivos bem como as suas razões. É dentro dessa diversidade que se encontra a mais importante fonte de compreensão a respeito de um fenómeno que apresenta aspetos aparentemente paradoxais: a motivação (Reeve, 2009; Self-Determination Theory, 2015).

De forma breve, a motivação é um conceito que mobiliza o sujeito para uma tarefa ou uma ação. As pessoas muitas vezes são movidas por fatores externos, tais como sistemas de recompensas ou opiniões (positivas ou pejorativas) que possam ter delas. No entanto, com a mesma frequência, as pessoas são motivadas de forma intrínseca, quer por interesses, curiosidades ou valores permanentes. Estas motivações intrínsecas não são necessariamente recompensadas, mas ainda assim podem sustentar vontades e garantir esforços. A interação entre as forças extrínsecas e os motivos intrínsecos inerentes às necessidades humanas são do interesse da Teoria da Autodeterminação (TAD) (Reeve, 2009; Self-Determination Theory, 2015).

### 1. Os componentes básicos da Teoria da Autodeterminação

A Teoria da Autodeterminação (TAD) é conhecida por ser uma das teorias mais populares essencialmente no que concerne a abordagens teóricas, como a motivação, e que tem vindo a ser aplicada nas últimas três décadas nos mais variados contextos (e.g., educação, saúde, religião, política, trabalho e família). A TAD foi elaborada em 1981 por Richard Ryan e Edward Deci e trata-se de uma metateoria de pendor orgânico, que se debruça sobre a qualidade da motivação, o bem-estar e a personalidade. Esta teoria é sustentada na ideia de que o ser humano é intrinsecamente proactivo, capaz de agir concomitantemente sobre os seus impulsos, emoções e estímulos do contexto (Appel-Silva, Wendt, Argimon, 2010; Deci & Ryan, 2008; Hagger, Hardcastle, Chater, Mallett, Pal & Chatzisarantis, 2014; Ng, Ntoumanis, Thøgersen-Ntoumani, Deci, Ryan, Duda & Williams, 2012; Reeve, 2009; Simões & Alarcão, 2013).

Esta teoria é fundamentada com base na representação de um conjunto de comportamentos e competências que dotam o indivíduo da capacidade de ser o principal *agente* em relação ao seu futuro, através da execução de comportamentos intencionais. Esta agência individual é tão inerente à existência humana quanto à tendência individual para crescer, desenvolver-se e agir de modo integrador, tendo por base a natureza do organismo auto-organizado. A tendência para o crescimento e o desenvolvimento não são automáticos, uma vez que dependem de fatores do contexto ambiental e social (Appel-Silva, et al., 2010; Hagger, et al., 2014).

Esta macroteoria<sup>2</sup> é composta por seis mini teorias que pretendem explicar o porquê do comportamento e quais as razões/origem desse mesmo comportamento, sendo elas as que se seguem: *Teoria da Avaliação Cognitiva*, *Teoria das Necessidades Psicológicas Básicas*, *Teoria da Integração Organísmica*, *Teoria das Orientações Causais*, *Teoria do Conteúdo dos Objetivos* e *Teoria Motivacional das Relações Interpessoais* (cf. Anexo 1)(Appel-Silva, et al., 2010; Reeve, 2009; Self-Determination Theory, 2015).

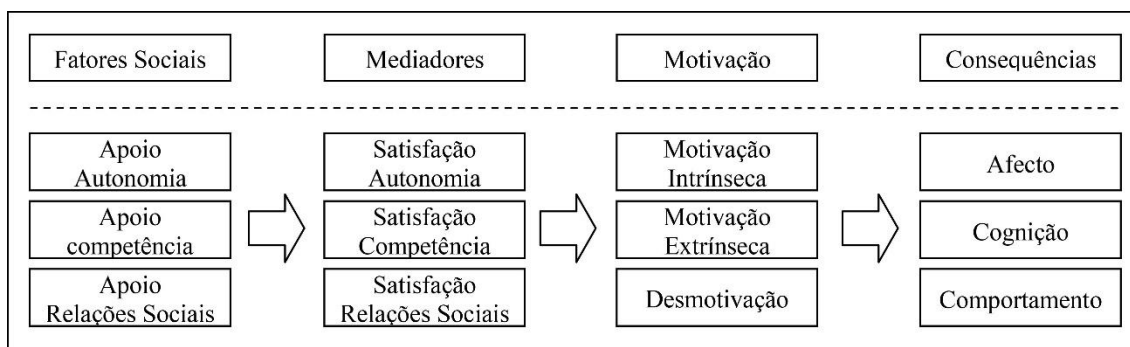
Como referido anteriormente, a TAD assume um carácter macro sobre a motivação humana, preocupando-se com o desenvolvimento e funcionamento da personalidade em contextos sociais e com as causas e consequências do comportamento autodeterminado. Uma das proposições com maior destaque nesta teoria diz respeito à influência que os fatores sociais e culturais podem assumir face à vontade e iniciativa nos sujeitos, bem como as repercussões no seu bem-estar e da qualidade do seu desempenho (Self-Determination Theory, 2015).

De acordo com os autores fundadores da teoria Deci e Ryan (2000), esta teoria refere que a motivação do sujeito não está diretamente relacionada com os fatores sociais<sup>3</sup>, uma vez que a influência destes (e.g., clima das atividades ou comportamento de quem possa estar eventualmente a transmitir um ensinamento) é mediada pela satisfação de três pilares fundamentais: as necessidades psicológicas básicas (NPB) (figura 1). Estas necessidades psicológicas, inatas, constituem a base da motivação. São estas que vão determinar a motivação e, conseqüentemente a regulação das conseqüências para a conduta comportamental do sujeito.

---

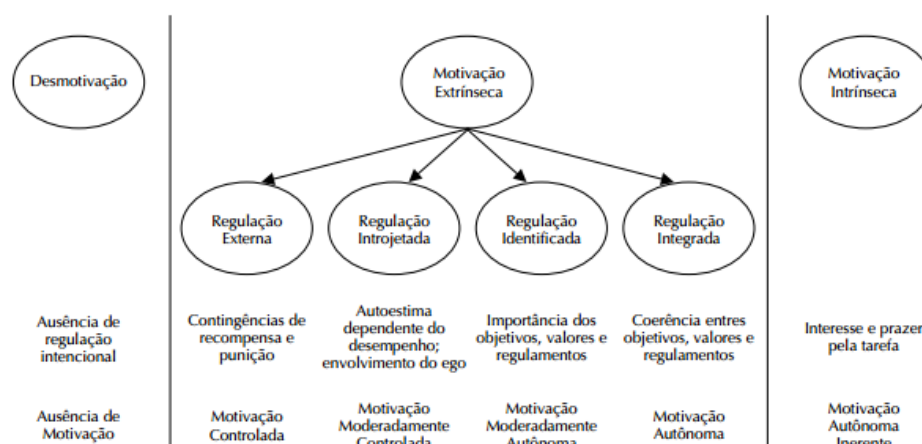
<sup>2</sup> Este trabalho irá apenas debruçar-se sobre a Teoria das Necessidades Psicológicas Básicas.

<sup>3</sup> A sequência motivacional presente na figura 1. foi proposta pela primeira vez por Vallerand (1997), e incorpora os elementos principais da TAD num modelo hierárquico da motivação extrínseca e intrínseca. Este modelo defende que a regulação da motivação, as suas determinantes sociais, os mediadores psicológicos e as respetivas conseqüências (cognitivas, afetivas e comportamentais) podem ser definidas a três níveis: global (personalidade), contextual (atividade humana) e situacional (estado).



**Figura 1.** Modelo Hierárquico da Motivação (Sánchez-Oliva, Leal, Marreiros, González e Garcia-Calvo, 2014, p. 161).

Mas antes de abordar as NPB, importa incidir um pouco sobre a temática da motivação. Os autores Gagné e Deci (2005) apresentam um *continuum* da autodeterminação (Figura 2) em que são discriminados vários tipos de motivação, implícitos na internalização das regulações externas para o comportamento. A análise da motivação de um indivíduo pode ser classificada em três grupos: desmotivação, motivação extrínseca e motivação intrínseca. Afunilando ainda mais a questão, de acordo com a TAD, todo o comportamento é intencional e pode ser manipulado pela motivação autónoma ou pela motivação controlada. A motivação autónoma é composta pelas regulações identificada e integrada, bem como pela motivação intrínseca. Essa categoria motivacional caracteriza-se por uma ação realizada por iniciativa própria. A motivação controlada é representada pelas regulações externa e introjectada (formas mais pobres de regulação), como em parte pela motivação extrínseca, e designa as ações em que o sujeito age em função de eventos externos como pressões, obrigações, prazos, recompensas, punições e ameaças (Beluce & Oliveira, 2016).



**Figura 2.** Continuum da Teoria da Autodeterminação (Gagné & Deci, 2005, p. 336)

A desmotivação é caracterizada pela ausência de motivação. Neste tipo de motivação o sujeito não apresenta intenção nem comportamento pró-ativo, observando-se por vezes desvalorização de uma atividade e falta de percepção de controle pessoal. É um estado de falta de intenção para agir, sendo que o sujeito não realiza o comportamento, nem tem intenções de o fazer. No entanto, este estado também está presente em indivíduos que já se encontram envolvidos numa atividade, verificando-se uma desvalorização da tarefa pelo sentimento de incompetência na sua realização e nos resultados obtidos (Deci & Ryan, 2000; Deci & Ryan, 2008; Gagné & Deci, 2005; Leal, Miranda & Carmo, 2013).

A segunda categoria centra-se na motivação extrínseca. Trata-se de um comportamento que conduz o indivíduo a envolver-se numa atividade vislumbrando recompensas. A motivação extrínseca é aparente quando a atividade é levada a cabo por sujeitos que valorizam os resultados, mais do que a atividade em si. Caso essas recompensas sejam retiradas, a motivação diminui. Isso demonstra que o envolvimento ou a ação acontece com o objetivo de alcançar um fim, não havendo a presença de qualquer interesse intrínseco. A motivação extrínseca reúne em si quatro tipos de regulação comportamental: regulação externa, regulação introjectada, regulação identificada e regulação integrada (cf. Tabela 1) (Deci & Ryan, 2000; Deci & Ryan, 2008; Pizani, Barbosa-Rinaldi, Miranda & Vieira, 2016).

**Tabela 1.**

*Tipos de Regulação Comportamental (Deci & Ryan, 2008; Gagné & Deci, 2005; Leal, Miranda & Carmo, 2013).*

---

<b>Regulação Externa</b>	Neste tipo de regulação o comportamento surge para satisfazer exigências externas, com o objetivo de obter recompensas ou evitar punições. É a forma mais controlada de regulação comportamental e, conseqüentemente a menos autodeterminada. A manutenção da motivação depende da presença contínua de uma monitorização e de reforço externo;
<b>Regulação Introjectada</b>	Regulação em que o sujeito “pressiona-se” em termos comportamentais, agindo de forma a evitar sentimentos de culpa e/ou ansiedade. É uma interiorização incompleta da regulação de um comportamento que anteriormente era externa. As tarefas são realizadas apenas por pressões e contingências internas para evitar sentimentos negativos.
<b>Regulação Identificada</b>	Reflete uma valorização consciente do comportamento, pelo que o sujeito se identifica com o seu objetivo e valor, ainda que desgoste parcialmente atividade em si. A atividade é realizada pelos seus resultados (comportamento instrumental), mas também pela sua importância (comportamento autónomo). Por isso, quando um sujeito se

---

---

	envolve numa atividade que por si só não é lhe desperta interesse, mas que mesmo assim é importante porque o ajuda a alcançar metas pessoais, estamos perante uma regulação identificada do comportamento.
<b>Regulação Integrada</b>	É a forma mais interiorizada (autónoma) da motivação extrínseca, pelo que existe uma assimilação completa do comportamento no <i>self</i> <sup>4</sup> (o sujeito integra o comportamento como fazendo parte de si), existindo um elevado grau de congruência com outros valores e necessidades do sujeito. Apesar desta forma de regulação partilhar muitas das qualidades da motivação intrínseca, a regulação do comportamento é extrínseca porque a atividade ainda é realizada pelo seu valor instrumental (no que diz respeito aos resultados), e não apenas pela satisfação que lhe está inerente.

---

Finalmente, e em relação à motivação intrínseca, o sujeito realiza uma determinada atividade pelo interesse, prazer e satisfação que lhe está inerente, a tarefa vale por si mesma. É o nível mais elevado de autonomia e representa o protótipo do comportamento autodeterminado. Quando intrinsecamente motivado, o sujeito age pelos sentimentos positivos que resultam do envolvimento na tarefa (Deci & Ryan, 2000; Deci & Ryan, 2008; Gagné & Deci, 2005; Leal, Miranda & Carmo, 2013).

Por fim, e de acordo com Deci e Ryan (2008), o ponto central de reflexão da TAD está entre a motivação autónoma (que incorpora a motivação intrínseca e a motivação extrínseca integrada e identificada) e a motivação controlada (que incorpora a motivação extrínseca introjectada e a externa). No primeiro caso, quando o sujeito é motivado de forma autónoma, ele rege os seus comportamentos por decisão e vontade própria. No segundo caso, quando a sua motivação é controlada, ele rege os seus comportamentos por determinações externas. Quer isto dizer que a qualidade de motivação pode influenciar o comportamento. A qualidade é o aspeto mais saliente da motivação autónoma e da controlada, pelas quais os comportamentos são autodeterminados ou estão sob regulação externa. Quanto menor for a qualidade da motivação, menor será o envolvimento do sujeito na adoção/mudança de comportamentos e persistência do mesmo.

Quer a motivação autónoma, quer a motivação controlada, direcionam e influenciam o comportamento do sujeito, ao contrário do que sucede com a desmotivação, que revela ausência de processo regulatório. A ausência do processo regulatório é consequência da falta de internalização de reguladores externos específicos ao comportamento. Consequência disso são comportamentos desorganizados, impulsivos ou passivos, alcançando resultados insatisfatórios, podendo associar-se a sentimentos de frustração e depressivos.

---

<sup>4</sup> Self - Confere significado às informações em consonância com os conteúdos internalizados e integrados pela pessoa (Deci & Ryan, 2004).

Os autores afirmam ainda que a motivação intrínseca está entre os fatores mais importantes para a manutenção do comportamento para atividades de exercício físico. Acrescentam ainda que sujeitos capazes de regular intrinsecamente a sua motivação, demonstram maior persistência, empenho, esforço e prazer nas atividades que realizam. Tal também se verifica em situações em que a motivação autónoma esteja envolvida, ainda que seja de natureza extrínseca. A diferença está no precisamente no prazer e no objetivo final da tarefa (Deci & Ryan, 2000; Granero-Gallegos, Baena-Extremera, Sánchez-Fuentes & Martínez-Molina, 2014).

### **1.1. Teoria das Necessidades Psicológicas Básicas**

Como a TAD parte do pressuposto que o indivíduo é propenso ao desenvolvimento, à integração dos elementos psíquicos (*self*) e à interação com uma estrutura social maior, segundo a Teoria das Necessidades Básicas, um comportamento para vingar necessita de se fazer acompanhar da satisfação de três necessidades básicas. Segundo esta teoria, as necessidades psicológicas são indispensáveis à compreensão da motivação, constituindo os nutrientes psicológicos inatos essenciais ao crescimento psicológico, integridade e bem-estar. De acordo com este modelo motivacional, as NPB são: a autonomia, a necessidade de competência e a necessidade de relacionamento (Appel-Silva, et al., 2010; Cordeiro, Paixão, Lens, Lacante & Luyckx, 2016; Ng, et al., 2012; Self-Determination Theory, 2015).

A necessidade de autonomia permite ao indivíduo experienciar a autodeterminação e a regulação do comportamento autónomo através dos recursos internos. Trata-se de um exercício regulado pela livre vontade e uma experiência de volição, quando os seus interesses guiam o processo de tomada de decisão de participar, sem demasiada regulação nem controlo exterior. Esta necessidade permite a organização do desenvolvimento pessoal de acordo com o interesse e capacidades do indivíduo. Na promoção da autonomia é importante minimizar as recompensas externas, controlos e pressões (Appel-Silva, et al., 2010; Self-Determination Theory, 2015; Simões & Alarcão, 2013).

Por seu turno, a necessidade de competência refere-se à experiência de perceções de eficácia pessoal e de mestria na realização de atividades. Aqui a motivação está relacionada com esta necessidade, uma vez que perante situações em que o sujeito sente que é capaz de concretizar uma tarefa, esta aumenta a sua motivação para a mesma. A necessidade de competência reflete-se na propensão para perseguir desafios além do nível atual de funcionamento e obter ganhos de autoconfiança e de autoestima. Através desta necessidade o sujeito é capaz de produzir resultados desejados e evitar os resultados negativos. Estas previsões são elaboradas com base em perceções, julgamentos e crenças acerca de si próprio e do ambiente. As perceções de capacidade influenciam seja ao nível de realização, seja ao nível da qualidade das aprendizagens. Estas perceções estimulam o confronto com situações desafiadoras, ao passo que as perceções negativas geram uma constante dúvida em relação a

si e levam à desistência perante dificuldades. Assim, a competência está relacionada com o conceito de autoeficácia e que por sua vez reforça a motivação, definindo estratégias a seguir para atingir uma meta estipulada (Appel-Silva, et al., 2010; Reeve, 2009; Self-Determination Theory, 2015; Simões & Alarcão, 2013).

A necessidade de relacionamento foca-se no desenvolvimento de laços/ vínculos emocionais significativos, no contacto, nos apoios e na relação com a comunidade e na importância que têm para o funcionamento pleno dos indivíduos. Esta necessidade debruça-se sobre as experiências de relacionamento com os outros, objetivando bem-estar e coesão entre os indivíduos. A importância da afinidade é aqui ressaltada através do processo de internalização de crenças e valores (Appel-Silva, et al., 2010; Reeve, 2009; Simões & Alarcão, 2013).

Estas três necessidades são definidas como sendo a base necessária para um relacionamento saudável entre o sujeito e o seu meio ambiente. Uma vez satisfeita, a necessidade psicológica garante a sensação de bem-estar. Quando a satisfação das necessidades psicológicas básicas está garantida, este é indicador de um contexto facilitador de motivação, desenvolvimento e desempenho. As três necessidades são importantes de igual forma para o bem-estar psicológico, pelo que a negligência de qualquer delas pode implicar consequências para a saúde mental. De referir que as necessidades são universais, sendo comuns a todos os seres humanos, independentemente da cultura. O que é variável entre elas e que depende da idiosincrasia de cada sujeito e dos fatores culturais, são a forma como as necessidades são satisfeitas (Cordeiro, Paixão, Lens, Lacante & Luyckx, 2016; Self-Determination Theory, 2015).

Quando o meio ambiente no qual o sujeito está inserido satisfaz e garante as suas necessidades psicológicas básicas, a motivação intrínseca começa a desenvolver-se. A forma como as NPB são satisfeitas (e.g., através de reforços positivos) ou ignoradas, vai refletir-se no decorrer do processo de autorregulação, bem como nos comportamentos que o sujeito vai adotar. Assim sendo, os sujeitos vão-se desenvolver de forma eficaz e experienciar bem-estar, em contrapartida quando a satisfação das necessidades não é garantida o indivíduo não será capaz de experienciar bem-estar psicológico (Cordeiro, Paixão, Lens, Lacante & Luyckx, 2016; Self-Determination Theory, 2015).

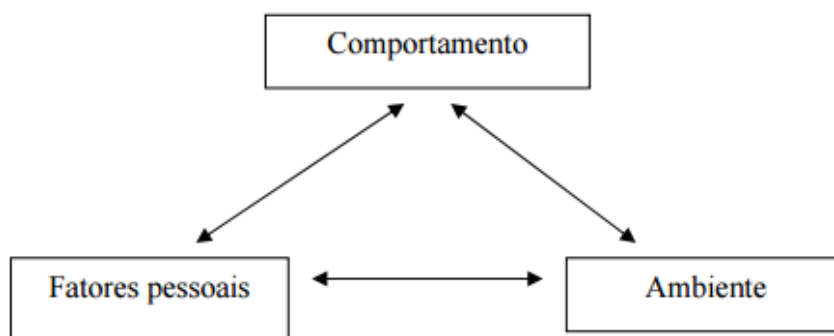
As NPB também se encontram relacionadas com as emoções, na medida em que é o próprio sistema emocional que sinaliza o grau de regulação da satisfação das mesmas. As formas mais autodeterminadas de regulação do comportamento são aquelas que estão relacionadas com as consequências positivas, tais como: o esforço, o empenho, a felicidade e a concentração. Os sujeitos que regulam o seu comportamento desta forma são aqueles que aceitam melhor as tarefas desafiadoras e que as conseguem manter por muito mais tempo, sendo a satisfação das NPB (em especial da competência), o principal mediador sobre as formas mais autónomas

da motivação. Em contrapartida, as consequências negativas (aborrecimento, desilusão, vergonha e infelicidade) estão mais associadas com as formas de regulação menos autodeterminadas, e conseqüentemente, aquelas que menos influência têm no comportamento. Com efeito, entre as várias funções desempenhadas pelo sistema emocional, encontra-se a função de sinalização e de preparação para a ação, que consiste precisamente em indicar em que medida a satisfação das necessidades está regulada, bem como as ações necessárias a essa regulação (Pires, Cid, Borrego, Alves & Silva, 2010; Self-Determination Theory, 2015).

De acordo com o que foi descrito anteriormente, para um indivíduo ser capaz de desenvolver um comportamento mais autodeterminado e autônomo é necessário que as suas NPB sejam apoiadas pelo contexto. A sua satisfação é influenciada pela internalização e integração de valores e comportamentos culturais. Quando o ambiente promove experiências de suporte à autonomia e à competência, resulta em regulações mais autodeterminadas, ao passo que quando o ambiente é controlador e avaliativo, promove pressões externas e internas relativamente a determinados resultados e, em consequência, os indivíduos tendem a regular-se de forma mais controlada. Assim, os contextos sociais e as diferenças individuais, ao apoiar a satisfação das necessidades, facilitam o processo de crescimento, o comportamento intrinsecamente motivado e a integração da motivação extrínseca. Por outro lado, quando o contexto e as diferenças do sujeito impedem a satisfação das necessidades de autonomia, competência e relacionamento, a motivação está em menor escala afetando o desempenho e, conseqüentemente o bem-estar (Deci & Ryan, 2000).

## **2. Os componentes básicos da Teoria Social Cognitiva**

Anteriormente designada por Teoria da Aprendizagem Social, e desenvolvida por Bandura em 1977, a Teoria Social Cognitiva (TSC) propõe um modelo explicativo para o funcionamento humano baseado no determinismo recíproco. Dito de outro modo, na TSC o comportamento do indivíduo, fatores pessoais internos (eventos cognitivos, afetivos e biológicos) ou o ambiente externo, operam em conjunto influenciam-se numa relação denominada por reciprocidade triádica (figura 3). Assim, para mudar comportamentos é necessário modificar fatores pessoais e ambientais uma vez que se produzem ao mesmo tempo situações que iram determinar pensamentos, emoções e padrões comportamentais (Azzi, 2010; Bandura, 1991; Bandura, 2001; Young, Plotnikof, Collins, Callister & Morgan, 2014).



**Figura 3.** Modelo explicativo da reciprocidade triádica

A TSC tem como fundamentação teórica o conceito de agência. Quer isto dizer que o indivíduo é agente ativo pela possibilidade de exercitar alguma influência sobre sua motivação e sobre as suas ações, bem como sobre o contexto, ao mesmo tempo que sofre a influência deste último. O ser humano tem a capacidade para se auto organizar, para ser pró-ativo, autorreflexivo e autorregulador. Graças a algumas competências humanas como a simbolização, antecipação, autorreflexão e autorregulação, cada sujeito possui um sistema individual que o possibilita de agir intencionalmente em direção a fins específicos, a elaborar planos, a antecipar resultados e a avaliar/ planejar cursos de ação (Azzi, 2010; Bandura, 1991; Bandura, 1999; Young, Plotnikof, Collins, Callister & Morgan, 2014).

A TSC afirma que o desenvolvimento idiossincrático e a capacidade de adaptação/ mudança estão enraizados nos sistemas sociais, sendo que a agência pessoal opera, precisamente, sobre influência desses mesmos sistemas. Portanto, a visão de homem na Teoria Social Cognitiva é a de um indivíduo que se constitui inserido em sistemas sociais e é por meio das trocas com este meio social que a adaptação e mudança ocorrem (Azzi, 2010; Bandura, 1991; Bandura, 1999)

Outro conceito de relevo na TSC é a modelação. Trata-se de um processo de aprendizagem fundamentado na exposição a modelos. Importa sublinhar que modelação não é o mesmo que mimetismo, mas sim uma modalidade de aprendizagem com função instrutiva em que modelos funcionam como transmissores de conhecimento, valores e competências. Competência humana não requer apenas competências, mas também sentimentos de autoconfiança para que o sujeito consiga tirar máximo partido das suas capacidades. Para que tal aconteça, é necessário entender as influências do processo de modelação, uma vez que este contribui para o desenvolvimento de autoeficácia, para além da transmissão de conhecimentos e regras de comportamento (Azzi, 2010; Bandura, 2001; Young, Plotnikof, Collins, Callister & Morgan, 2014).

Posto isto, importa refletir acerca do conceito de autoeficácia. Este ocupa um papel central na Teoria Social Cognitiva tendo em conta a influência que exerce sobre vários contextos determinantes, como o da educação, da prática de exercício físico e nos comportamentos de saúde. O tópico que se segue, será inteiramente dedicado a este conceito bem como às suas valências.

## 2.1. O conceito de Autoeficácia

A autoeficácia (AE) é parte integrante da TSC e debruça sobre as crenças acerca da capacidade que o indivíduo tem em se organizar e executar ações, bem como sobre a noção de controlo sobre os comportamentos e o meio ambiente. Nem sempre tem de corresponder às competências reais do indivíduo, mas sim do julgamento que este faz acerca das mesmas e da capacidade que tem para ultrapassar as dificuldades inerentes às tarefas. Deste modo, esta teoria tenta explicar e prever o comportamento humano com base na interação recíproca entre o indivíduo, os seus processos cognitivos, emocionais e ambientais (Canelas, Correia, Oliveira & Poínhos, 2013; Deci & Ryan, 2000; Reeve, 2009).

A TSC tem em consideração as mudanças que ocorrem no indivíduo no decorrer do processo de formação da AE. As crenças de eficácia são desenvolvidas e alteradas pelas experiências diretas, pelas experiências vicárias, avaliações sociais por pessoas significativas e mudanças nos estados fisiológicos. As crenças de eficácia estão dependentes da regulação de todos os tipos de ações, inclusive de padrões habituais (Azzi, 2010; Amoedo & Juste, 2016).

No entanto, as crenças de AE têm “uma razão de ser”. Estas crenças são consequências de experiências de êxito ao longo do ciclo vital, de experiências vicariantes/observações de modelos com os mesmos objetivos, discursos persuasivos e, por fim, reações fisiológicas (cf. Tabela 2) (Amoedo & Juste, 2016; Reeve, 2009).

**Tabela. 2**

*Fontes de autoeficácia (Reeve, 2009, p.175-176)*

As experiências de êxito	Após a realização de uma tarefa, os sujeitos avaliam o seu desempenho e, a partir dele, fazem julgamentos sobre suas capacidades. Sucessivos êxitos em tarefas semelhantes podem levar ao desenvolvimento de crenças de autoeficácia mais positivas. Ao contrário, sucessivos fracassos conduzem ao desenvolvimento de baixas crenças de autoeficácia.
Experiências vicariantes	Os sujeitos sofrem influência por parte dos seus pares. As experiências vicariantes ocorrem quando um indivíduo realiza uma tarefa a partir de um modelo. Não se trata de imitação, mas de um comportamento semelhante ao de alguém significativo. Porém, é importante ressaltar

Comportamento de Saúde: Estudo Exploratório da relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas e a Autoeficácia alimentar

	que o modelo deve ser alguém que, à priori, possui as mesmas capacidades daquele que o elege para modelo.
Persuasão verbal	Consistem na exaltação verbal sobre as nossas capacidades, vindas de alguém que é importante para o sujeito. Este comportamento pode motivar o sujeito e proporcionar-lhe sentimentos de segurança perante a tarefa.
Reações fisiológicas	Estados de humor, <i>stress</i> , ansiedade e outros estados emocionais influenciam as perceções de autoeficácia. Um sujeito ansioso antes da realização de uma tarefa pode comprometer a crença que tem acerca da competência que tem para a realização da mesma. É importante que o ambiente no qual as tarefas são realizadas seja agradável, para que se sinta confortável e seguro.

Como referido anteriormente, a AE está igualmente relacionada com outros constructos. Este conceito exerce influência no autoconceito (imagem que cada sujeito tem sobre si próprio) e a autoestima (componente avaliativa do autoconceito, correspondendo à autoavaliação que o indivíduo faz de si). Por seu turno, o locus de controlo é uma atribuição de responsabilidade ou causa de atribuição (interna ou externa) face a um resultado e, tal como se verifica na AE, é específico para determinado domínio ou comportamento<sup>5</sup>. Perante a predominância de locus de controlo interno, o sujeito tem tendência para entender que determinados acontecimentos de vida são controlados apenas por ele. Se por outro lado, predominar o locus de controlo externo a tendência é atribuir o controlo das situações a alheios, como outras pessoas, entidades, destino ou à sorte. A AE distingue-se dos restantes pelo seu carácter prospetivo, por ser baseada em competências e ser centrada em ações. Este conceito está relacionado essencialmente com o locus de controlo interno (atribuição de resultados a características e comportamentos pessoais) (Canelas, Correia, Oliveira & Póinhos, 2013; Reeve, 2009; Rodrigues & Costa, 2013).

As crenças de AE têm a capacidade de determinar o início, o decorrer e o fim de estratégias ou de padrões comportamentais. Este processo é fortemente determinado pelos juízos das capacidades operativas que cada indivíduo tem. Assim, uma avaliação adequada da AE em

---

<sup>5</sup> Bandura (2001) costuma elegeer as experiências de êxito como a principal fonte de autoeficácia. Em contrapartida, o insucesso repetido debilita a motivação, porque faz baixar a competência percebida e produz afeto negativo. Perante estas situações, os indivíduos adotam estratégias defensivas (muitas vezes pouco adaptativas) a médio e a longo prazo com o objetivo de minimizar as perdas. Estratégias como escolher tarefas muito fáceis ou muito difíceis, adiar sistematicamente o trabalho, estar desatento ou não se envolver, podem ser uma explicação para o insucesso. A desvalorização das atividades é outra forma de defesa face aos efeitos negativos do insucesso. Todas estas estratégias acabam por dificultar quer o aumento da competência real, quer o da competência percebida.

relação a exigências de determinadas tarefas, assumem um papel decisivo face ao sucesso (Amoedo & Juste, 2016; Kyle, Mendo, Garrido & Sánchez, 2016).

Segundo a literatura consultada, são vários os autores que consideram a AE como um bom preditor comportamental. Assim e considerando os comportamentos de saúde, este conceito tem demonstrado sucesso nomeadamente no comportamento alimentar. Canelas, Correia, Oliveira e Poínhos (2013) realçam o efeito da AE nos hábitos alimentares no que diz respeito à sua generalidade, enquanto que outros se centralizam em comportamentos particulares (alimentos específicos). Existem ainda estudos que exploram o papel da AE face a condições alimentares específicas, como controlo do peso corporal e comportamento alimentar em sujeitos diabéticos (Amoedo & Juste, 2016; Martins & Ribeiro, 2008; Kyle, Mendo, Garrido & Sánchez, 2016; Reeve, 2009).

## **Capítulo III. Influência das Necessidades Psicológicas Básicas e da Autoeficácia alimentar no Comportamento de Saúde**

Atualmente a alimentação serve inúmeros propósitos para além de ser indispensável à vida, tendo-se transformado num dos principais atos sociais e humanos. A cultura tem influenciado as premissas de como o ser humano se deve comportar e até alimentar, nomeadamente a influência que o ambiente exerce no ser humano que tem condicionado a adoção de padrões de ingestão e hábitos alimentares específicos (alguns pré-estabelecidos e altamente penetráveis a diversos fatores culturais, sociais e psicológicos). Alimentar-se tornou-se um ato social, onde o envolvimento dos pares influencia preferências, atitudes e o comportamento alimentar das crianças e dos adolescentes (Holsten, Deatrick, Kumanyika & Pinto-Martin, 2012; Snoek, Engels, Strien & Otten, 2013).

Posto isto, importa salientar que o contexto no qual são desenvolvidos os padrões alimentares é fundamental. A interação social, nomeadamente o ambiente familiar às refeições permite desenvolver experiências alimentares construtivas, facilitando a aquisição de atitudes positivas perante os alimentos, que podem perdurar por muitos anos. As experiências com os alimentos inclui exposição, condicionamento associativo, aprendizagem, assimilação de sabores e modelação parental (Cardoso, Santos, Nunes & Loureiro, 2015; Snoek, Engels, Strien & Otten, 2013). Nos processos de aprendizagem informal os pais desempenham um papel fundamental, nomeadamente através da modelação quanto a hábitos alimentares (aprendizagem vicariante, para os jovens) e das recomendações quanto às escolhas alimentares dos jovens, tal como se verificou no estudo de Mourão, Alves, Monteiro e Cid (2015) em contexto português.

O processo de modificação comportamental com o intuito de adotar comportamentos de saúde tem duas tarefas implícitas: iniciar o processo de mudança (tem por base a expectativa de resultados futuros) e manter essa mudança ao longo do tempo (a satisfação com os resultados que essa mudança causou). Muitos comportamentos de saúde, como por exemplo adotar uma alimentação saudável ou fumar, não são atitudes/comportamentos, inerentemente prazerosos ou atrativos, para alguns sujeitos. Tal justifica-se pela ausência de experiências satisfatórias associadas a esses comportamentos (Rothman, 2000; Williams, McGregor, King, Nelson & Glasgow, 2005).

No entanto, para compreender o processo através do qual as pessoas decidem iniciar um novo comportamento de saúde e mantê-lo ao longo do tempo, é necessário atender a outros elementos essenciais. Conhecer a forma de promover maior volição e pro-atividade, em contraste com a passividade e controlo que o sujeito tem, pode tornar-se uma estratégia de sucesso das intervenções promotoras dos comportamentos de saúde (Chatzisarantis, Hagger, Biddle, Smith & Wang, 2003; Ryan & Deci, 2000)

Tendo como referência os constructos da TAD (NPB) e da TSC (AE), a literatura tem demonstrado que, ao longo da história da psicologia da saúde, têm surgido diferentes teorias capazes de explicar e descrever mecanismos motivacionais associados aos comportamentos de saúde. Aplicando as NPB aos CS e à prevenção da doença, as mudanças comportamentais são mais eficazes e duradouras quando os indivíduos estão autonomamente motivados, bem como conscientes para o sucesso fruto dessa mudança, tal como apresentado no estudo de Teixeira e Silva (2013) fizeram em Portugal. Para que as NPB possam ser satisfeitas existem estratégias que podem ser usadas para a mudança do comportamento do indivíduo, sendo estas o suporte à autonomia, a estrutura e o envolvimento (Deci & Ryan, 2002).

No suporte à autonomia é dada opção de escolha ao indivíduo, sem ser exercida pressão para a mudança de comportamento. O suporte à autonomia promove a possibilidade de escolha refletida perante um comportamento, sendo que essa possibilidade pode ser feita através de uma lista de opções. De modo a sustentar essa escolha devem ser apresentadas e discutidas razões relevantes para o sujeito. Para que exista uma promoção da escolha e volição (esforço deliberado) face ao comportamento a adotar, o sujeito deve ser encorajado a ter iniciativa e compromisso. Depois de ser tomada uma decisão, ele assume sentimentos de controlo sobre o comportamento, potenciando assim a adesão e manutenção ao mesmo. Perante situações em que o indivíduo não sente autonomia, este prefere que lhe digam o que deve fazer. Nesses casos, cada escolha deve ser trabalhada em comparação com os valores que o sujeito possui. Para que isto aconteça deve ser dado ênfase às vantagens e às limitações face aos objetivos pretendidos. Relativamente ao desenvolvimento das competências, os objetivos devem estar muito bem definidos sendo desafiantes, mas adaptados às capacidades individuais (nível ótimo de desafio). Estas devem incentiva-lo a automonitorizar o seu progresso, registando o tempo de exercício diário, a evolução ou o sentimento adjacente à tarefa realizada. Esta estratégia aumenta o conhecimento sobre o seu processo de mudança comportamental, quer exterior, quer interior. Finalmente, para promover estratégias de envolvimento, as duas anteriores devem acontecer num ambiente de conforto, promovendo bem-estar. Este contexto é facilitador de progresso na mudança comportamental, devendo ser definidos objetivos não só na progressão das tarefas, mas também em questões referentes à evolução da qualidade de vida, da saúde e da própria qualidade de motivação (Ntoumanis, Edmunds & Duda, 2009).

Para além do que foi mencionado em cima, importa ressaltar o papel desempenhado pela AE no sucesso da mudança comportamental, uma vez que este constructo atribui ao sujeito a capacidade de encarar de forma positiva para cada desafio. Com o avanço da idade, o indivíduo necessita de ajustar os seus comportamentos de modo a garantir um envelhecimento saudável e AE. A manutenção do funcionamento cognitivo e da capacidade de aprendizagem na velhice está diretamente associada com a manutenção de AE, do nível educacional e estilo de vida. Este conceito é considerado um fator importante nas mudanças terapêuticas (Appel-Silva, Wendt & Argimon, 2010; Chater, et al., 2014; Mata, Carvalho, Gomes, Silva & Pereira, 2015; Ng, et al., 2012; Silva, Vaz, Rego, Dias, Azevedo & Guerra, 2014).

Na área dos comportamentos de saúde, tem-se verificado que as condutas comportamentais continuam a gerar discrepâncias nos resultados das investigações. A adoção de comportamentos de saúde ao longo do tempo requer a internalização de valores e competências. Esta internalização pode ser facilitada quando o sujeito está em ambientes que fomentam a satisfação das suas NPB de autonomia, competência e relacionamento, nomeadamente através do contacto com profissionais de saúde, tal como concluem Teixeira e Silva (2013) na sua investigação. A TAD considera que o desenvolvimento das NPB, bem como sentimentos de pertença são essenciais para o processo de internalização e integração, através do qual o sujeito assume uma posição mais autorregulada e mantém comportamentos que conduzem à saúde e bem-estar. Neste sentido, todo este ambiente proporciona maior adesão à terapêutica em doenças crónicas, em relação à manutenção da perda de peso, controlo glicémico em diabéticos, comportamentos alimentares mais saudáveis e prática de exercício físico. A satisfação das NPB e comportamentos mais autodeterminados resultam numa saudável saúde mental e física (Deci & Ryan, 2008; Silva, Marques & Teixeira, 2014; Williams, McGregor, King, Nelson & Glasgow, 2005; Zeldman, Ryan & Fiscella, 2004).

Para o processo de internalização e integração também é importante que o sujeito experiencie confiança e competência para a mudança. A TAD sugere que a energia psicológica necessária para iniciar e manter uma alteração nos padrões comportamentais a longo prazo resulta, em parte, da perceção que o sujeito tem da mudança (o comportamento foi iniciado por sua própria iniciativa) e de que possui as competências necessárias para assumir essa mudança. Nos últimos anos a investigação sobre os processos psicológicos que estão na base da mudança do comportamento saudável, tem vindo a crescer bem como as intervenções facilitadoras dessa mudança, nomeadamente estudos no âmbito da TAD. A investigação demonstra que a regulação autónoma, a perceção de competência e o suporte autónomo, são preditores de comportamentos de saúde (Ryan & Deci, 2000; Sebire, Standage & Vansteenkiste, 2011; Williams, McGregor, King, Nelson, & Glasgow, 2005).

Segundo Milyavskaya & Koestner (2011), tem-se levado a cabo investigações no âmbito de aferir qual a relação das NPB diretamente para no bem-estar, tanto de forma geral como em contextos específicos. Têm sido realizados estudos sobre a satisfação das necessidades com o objetivo de conseguir prever: 1) o bem-estar entre sujeitos que relatam a satisfação das suas necessidades, e conseqüentemente do seu bem-estar, durante o seu quotidiano; 2) com indivíduos com flutuações diárias no cumprimento das suas necessidades e, por fim, 3) verificar como essas flutuações influenciam o seu bem-estar. No domínio específico do cumprimento das necessidades também têm sido associadas a resultados positivos numa variedade de configurações incluindo uma maior vitalidade e menor cansaço, *burnout* em desportistas, persistência na escola, desempenho no trabalho, envolvimento em voluntariado e satisfação com o relacionamento interpessoal.

No entanto, a adoção dos comportamentos de saúde, dependem da satisfação intrínseca que determinadas tarefas/comportamentos proporcionam ao sujeito. Em relação aos comportamentos alimentares é necessário ressaltar o papel que os estímulos sensoriais assumem. Alimentos ricos em gordura e açúcares com alta densidade energética, são mais atrativos, do ponto de vista visual, do que alimentos não processados. Desta forma, a motivação e a força de vontade para “resistir” a estes alimentos parecem não ser suficientes a longo prazo. Ora, para que o sujeito seja capaz de manter uma conduta comportamental saudável, este tem de estar intrinsecamente motivado e regulado de forma autónoma. Esta capacidade é fruto de interesses pessoais, integrados e em conformidade com os objetivos e valores do próprio (Mendes & Catão, 2010; Sebire, Standage & Vansteenkiste, 2011).

Na maioria das vezes, a base que está por de trás de uma mudança comportamental é apenas um controlo externo (motivação controlada) em função de uma recompensa, para evitar uma sanção ou ainda por pressão social. A motivação controlada pode resultar também de regulação introjectada, isto é, o sujeito age com a ambição de receber aprovação, ou ainda para evitar desaprovação dos outros ou sentimentos de culpa. De acordo com a TAD, ambas as formas de regulação, externa e introjectada, não promovem a adesão aos comportamentos de saúde ao longo do tempo. A mudança comportamental resulta da motivação autónoma, logo a probabilidade dessa mudança se prolongar a longo prazo é maior. Uma das formas de motivação autónoma é através da regulação identificada, pelo que o sujeito adota um comportamento em detrimento do valor ou importância que este tem. A regulação integrada faz emergir um nível superior de motivação autónoma, porque o comportamento de saúde, para além de ser valorizado pelo indivíduo, vai de encontro ao seu estilo de vida e a outros valores que ele considera fundamentais (Deci e Ryan, 2008; Rodgers & Loitz, 2009; Lasikiewicz, Myrissa, Hoyland & Lawton, 2014).

No contexto português, os resultados também têm mostrado que sujeitos motivados autonomamente têm maior facilidade em alterar padrões comportamentais (Mourão, Alves, Monteiro e Cid, 2015; Teixeira & Silva, 2013). O desenvolvimento da motivação autónoma parece ser essencial para a adoção e manutenção de uma alimentação saudável, tal como da autorregulação do comportamento alimentar. O aumento na motivação autónoma e percepção de competência predizem valores elevados de exercício físico, melhor qualidade de vida e maior consumo de frutas e vegetais (McLachlan & Hagger, 2011).

Por seu turno a presença de motivações negativas conduzem à falta de motivação intrínseca, à falta de volição e à frustração das necessidades psicológicas básicas. O carácter motivacional e a ação humana são determinados por sistemas regulatórios relacionados, não só com a integração social, mas também com a saúde. O ato de se alimentar tornou-se também um mecanismo compensatório muitas vezes envolto de pensamentos desajustados, que comprometem o sujeito ao nível social. Uma baixa autoeficácia está relacionada com fatores ativadores de compulsão alimentar (depressão, ansiedade, sentimentos de impotência, baixa autoestima) e com pensamentos desajustados quanto às capacidades pessoais. É neste sentido que indivíduos ansiosos e com baixos níveis de autoeficácia tendem a evitar situações que para eles são desconfortáveis, e como forma de compensar refugiam-se na comida em buscar de algum conforto e satisfação (França, Biagini, Mudesto & Alves, 2012; Lasikiewicz, Myrissa, Hoyland & Lawton, 2014).

O relacionamento da AE com a alimentação, tem tido propostas de investigação e têm sido desenvolvidas e aplicadas diversas escalas. A maioria desses instrumentos destina-se a avaliar a AE em condições clínicas específicas, tais como perturbações do comportamento alimentar (*Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire*), a perda de peso (*e.g. Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire*; *Physical Activity and Nutrition Self-Efficacy Scale*) e a diabetes (*The Diabetes Management Self-Efficacy Scale*). Estes instrumentos baseiam-se geralmente em afirmações sobre o consumo de determinados alimentos ou sobre a alimentação em situações particulares (Canelas, Correia, Oliveira & Póinhos, 2013).

Como a autoeficácia depende da especificidade de cada tarefa, Canelas, Correia, Oliveira e Póinhos (2013), e Deci e Ryan (2000), defendem que a operacionalização deste constructo, implica uma definição prévia do contexto em que se insere. Assim, os autores têm demonstrado que a auto-eficácia é um excelente preditor de variados comportamentos de saúde, nomeadamente no comportamento alimentar. Alguns trabalhos realçam o efeito da AE nos hábitos alimentares em geral (consumo de alimentos específicos ou nutrientes), ao passo que outros ainda exploram o papel deste conceito na alimentação relativamente a situações clínicas específicas (controlo do peso corporal e no comportamento alimentar de indivíduos diabéticos) (Wilson-Barlow, Hollins & Clopton, 2014).

Tanto a OMS como a Direção-Geral de Saúde recomendam o consumo de frutas e vegetais e a diminuição do consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas, açúcar e sal. A AE é um dos fatores que está mais associado ao aumento de consumo de frutas e vegetais, uma vez que se tem verificado uma alteração ao nível da atitude face aos efeitos de uma alimentação saudável. Segundo a literatura consultada, a AE e as atitudes são fatores determinantes na hora de fazer uma alimentação saudável. Os autores defendem ainda que a educação alimentar deve incidir sobretudo no aumento do consumo de frutas e vegetais como mencionado anteriormente, bem como na mudança de atitudes e expectativas de AE (Graça & Gregório, 2015).

As crenças de AE derivam da experiência individual, de experiências observacionais, da persuasão verbal e de sinais emocionais, como foi referido anteriormente. A capacidade de mudança e a manutenção de hábitos alimentares dependem, também, das cognições que lhe estão associadas. Assim, para que um sujeito com excesso de peso seja capaz de alterar hábitos alimentares é necessário mais do que a intenção de mudança. É fundamental que aliado a este sentimento, ele acredite nas suas competências e nas suas capacidades. Desta forma, quanto maior a perceção de AE na determinação de objetivos pessoais, maior serão as crenças e a perseverança para os atingir, e por conseguinte, maior será o esforço despendido, por exemplo, na perda de peso (McLachlan & Hagger, 2011; Sebire, Standage & Vansteenkiste, 2011).

As experiências do sujeito também assumem um papel crucial no setor comportamental do indivíduo, pelo que experiências de sucesso irão fomentar a reprodução futura ao nível comportamental e, ao invés, fracassos sucessivos aumentam a probabilidade de mecanismos de evitamento e de baixa AE. Uma vez estabelecida esta avaliação global, o sujeito tende a generalizar para outras situações do quotidiano. Na avaliação que faz do comportamento dos outros é possível aumentar a sua AE, na medida em que se observar determinado comportamento repetidamente e for acompanhado de persuasão verbal sob a forma de encorajamento e suporte, acaba por adotá-lo. Em suma, o grau de AE do sujeito varia num largo espectro de situações, e prevê diferentes níveis de alterações terapêuticas (Chatzisarantis, Hagger, Biddle, Smith & Wang, 2003; Lasikiewicz, Myrissa, Hoyland & Lawton, 2014).

Segundo Niemiec, Ryan, Deci e Williams (2009), os valores e objetivos pessoais são fundamentais para organizar e direcionar o comportamento. A investigação tem demonstrado que a valorização da saúde física é regulada por objetivos de vida intrínsecos (desenvolvimento pessoal, relações próximas ou envolvimento na comunidade), sendo que estes se associam a um melhor funcionamento social e bem-estar psicológico. No entanto, fatores como o dinheiro, popularidade ou imagem, estão associados ao mal-estar psicológico

Comportamento de Saúde: Estudo Exploratório da relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas e a Autoeficácia alimentar

e desajustamento social quando a aspiração para a saúde é conduzida por objetivos extrínsecos.

Comportamento de Saúde: Estudo Exploratório da relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas e a Autoeficácia alimentar

## **Parte II. Estudo empírico**

Comportamento de Saúde: Estudo Exploratório da relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas e a Autoeficácia alimentar

## Capítulo I. Metodologia

Ao longo deste capítulo será descrita a metodologia adotada na realização do presente estudo, incluindo os objetivos gerais e específicos a testar, critérios de seleção da amostra e respetiva caracterização, descrição dos instrumentos utilizados e procedimentos de recolha e tratamento de dados.

Segundo Coutinho (2006), na categoria dos estudos quantitativos são considerados estudos descritivos aqueles em que o investigador pretende conhecer um fenómeno ou encontrar relações entre as variáveis sem manipular as presumíveis causas (independentemente dos métodos de recolha de dados/ análise). Ainda nesta categoria, existem os denominados estudos exploratórios, caracterizados pela constituição de uma amostra representativa da população e por se obter os dados abordando os sujeitos e, por fim, os estudos correlacionais que procuram relações entre variáveis não manipuladas.

Deste modo, este estudo segue uma tipologia descritiva e correlacional na medida em que se pretende documentar e comparar/ relacionar os fenómenos de interesse relativamente às variáveis em estudo. No que respeita ao Design temporal, a presente investigação possui um *design cross-seccional*, na medida em que se recorreu à amostra dos sujeitos apenas uma só vez.

### 1. Objetivos

Com base na literatura e como meta de estudo, é ambição investigar e compreender se existe algum tipo de relação entre as variáveis. Assim sendo a questão central da investigação prende-se em aferir se existe alguma relação entre as necessidades psicológicas básicas (e a sua satisfação) e a autoeficácia alimentar face ao comportamento de saúde.

Os objetivos gerais deste estudo são, então, verificar se existe alguma relação entre as Necessidades psicológicas e a Autoeficácia, e perceber quais as variáveis sociodemográficas que podem ter influência nas Necessidades Psicológicas básicas e na Autoeficácia.

Mais especificamente, é pretendido analisar se, em relação à autoeficácia e às necessidades, o sexo e a idade têm alguma influência na satisfação e na frustração da autonomia, da competência e do relacionamento; verificar se existe uma relação entre a Autoeficácia Alimentar e a satisfação e frustração das necessidades, tal como são definidas pela Teoria da Autodeterminação; analisar se a Autoeficácia Alimentar tem alguma associação com a satisfação/frustração da autonomia, competência e relacionamento e qual, de entre as

necessidades (nas suas vertentes ou fatores de satisfação e frustração) constituem o melhor preditor da Autoeficácia Alimentar.

## 2. Participantes

A amostra do presente estudo é constituída por 824 indivíduos. Como critérios de inclusão para a investigação, foram tidas em consideração:

- Faixa etária;
- Ser estudante do 2º e 3º ciclo;
- Frequentar o ensino particular e cooperativo;
- Pertencer ao Distrito de Aveiro, Porto e Coimbra;

Os participantes do estudo são crianças do sexo masculino e feminino, com idades compreendidas entre os 9 aos 17 anos. Encontram-se a frequentar o segundo e terceiro ciclo do ensino particular e cooperativo no distrito do Porto, Aveiro e Coimbra. Assim na tabela que se segue (cf. Tabela 3)<sup>6</sup>, serão apresentados apenas alguns dados mais relevantes para a caracterização da amostra. Na primeira tabela, são apresentados os dados para as variáveis nominais sexo, escola, distrito, ano de escolaridade, agregado familiar, irmãos e empregabilidade dos pais. Por seu turno na Tabela 4, constam as variáveis ordinais com dados relativos à idade, altura e peso.

Fazendo uma breve análise da amostra da investigação, é possível dizer que a maioria da amostra é do sexo masculino (51.0%), sendo que o sexo feminino está em minoria (49.0%), ainda que a diferença não seja substancial. A faixa etária com maior destaque encontra-se entre os 11-12 anos (38.7%) ( $M = 12.38$  e  $dp = 1.65$ ). Face à variável altura, verificou-se um destaque para quem media entre 1,00m e 1,50m (25.1%), pelo que no peso a maior percentagem encontra-se entre os 22kg e os 39kg (23.2%). Os alunos do distrito de Coimbra (43.0%) estão em maioria, verificando-se que os alunos do distrito do Porto estão em minoria (24.5%). Os residentes do distrito de Coimbra aparecem em maior quantidade (41.0%), sendo que o Porto é o distrito com menos residentes da amostra (31.6%). O ano de escolaridade em destaque é o 5º ano (23.8%). O 9º ano é o ano de escolaridade com menos elementos da amostra (17.7%). Em relação ao agregado familiar a maioria dos participantes vive com os pais e irmãos (55.0%) sendo que o valor mais baixo se verificou na categoria em que viviam só apenas com um dos progenitores (4.1%). No que concerne à variável irmãos, a maioria da população da investigação não tem irmãos (54.4%), verificando que em minoria está quem tem 3 ou mais irmãos (4.6%). Relativamente à empregabilidade dos pais, refere que tanto a mãe (85.7%) como o pai (87.3%), estão empregados. Ainda assim, uma quantidade

---

<sup>6</sup> Para aceder à totalidade dos dados, consultar Anexo 3. Caracterização da Amostra.

Comportamento de Saúde: Estudo Exploratório da relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas e a Autoeficácia alimentar

representativa da amostra não respondeu ou não sabia a profissão/ empregabilidade da mãe (9.0%) e do pai (11.2%).

**Tabela 3.**

*Caracterização da amostra: variáveis nominais*

Variável	Categoria	N	%
Sexo	M	420	51.0
	F	404	49.0
Escola	A_Coimbra	354	43.0
	B_Aveiro	268	32.5
	C_Porto	202	24.5
Distrito	Coimbra	338	41.0
	Aveiro	226	27.4
	Porto	260	31.6
Ano de escolaridade	5º ano	196	23.8
	6º ano	163	19.8
	7º ano	167	20.3
	8º ano	152	18.4
	9º ano	146	17.7
Agregado Familiar	Pais e irmãos	453	55.0
	Pais	147	17.8
	Outros	94	11.4
Irmãos	Nenhum	249	30.2
	1	448	54.4
	2	89	10.8
	3 ou mais	38	4.6
Emprego da Mãe	Empregada	706	85.7
	Desempregada	44	5.3
	Não sabe	74	9.0
Emprego do Pai	Empregado	719	87.3
	Desempregado	13	1.6
	Não sabe	92	11.2

**Tabela 4.**

*Caracterização da amostra: variáveis ordinais*

Variável	Categoria	N	%	M	dp	Mínimo	Máximo
Idade	9-10	123	14.9	12.38	1.65	9	17
	11-12	319	38.7				
	13-14	297	36.0				
	15-17	85	10.3				
Altura	1-1.50	207	25.1	1.57	.11	1.00	1.88

	1,50-1,57	165	20.0				
	1,66-1,88	162	19.7				
	NS/NR	93	11.3				
	22-39	191	23.2				
	40-47	177	21.5				
<b>Peso</b>	48-55	180	21.8	47.8	12.16	22.00	104.00
	56-104	166	20.1				
	NS/NR	110	13.3				

No que concerne às questões relacionadas com as refeições<sup>7</sup>, a maioria dos sujeitos respondeu fazer entre 1 a 8 refeições completas diárias, sendo que a opção referente 4 refeições completas<sup>8</sup> foi a mais escolhida (44.7%) (M= 4.32 com  $dp= 0.96$ ), seguida de 5 refeições (31.3%) e 3 refeições (12.4%). Acerca do pequeno-almoço, a maioria dos alunos refere tomar esta refeição (91.9%) em casa (96.2%) ou no café (0.8%). Em relação ao lanche, a maioria dos participantes refere não saltar esta refeição (83.1%). O almoço acontece maioritariamente na escola (81.1%) ou em casa (12.9%) com uma refeição completa (56.1%) ou ingerindo apenas a sopa e o prato principal (19.9%). Para terminar, ao jantar a maioria refere fazer refeição completa (43.7%) seguindo-se de sopa e prato principal (23.5%).

### 3. Instrumentos

Neste trabalho de investigação utilizaram-se como instrumentos de avaliação um questionário sociodemográfico elaborado com o propósito de servir este estudo, a Escala das Necessidades Básicas - Cordeiro, Paixão, Lens, Lacante & Sheldon (2015) - versão portuguesa da Balanced Measure of Psychological Needs (BMPN) (Sheldon & Hilpert, 2012) e a Escala de Autoeficácia Alimentar Global (Póinhos, Canelas, Oliveira & Correia, 2013). De seguida serão descritos com maior pormenor as especificidades de cada instrumento.

#### a. Questionário Sociodemográfico

No seguimento da definição dos objetivos de investigação deste trabalho de investigação surgiu a necessidade de elaborar um questionário sociodemográfico. As questões foram formuladas com o objetivo de apurar e relacionar informações do âmbito individual como: idade, sexo, agregado familiar, refeições diárias, peso, altura, entre outras (Anexo 3). A seleção destes itens prendeu-se com aspetos que se consideraram poder ser relevantes para o estudo.

<sup>7</sup> Para aceder com detalhe à totalidade dos dados, consultar Anexo 3. Caracterização da Amostra.

<sup>8</sup> Como refeição completa foi considerado a ingestão de sopa, prato principal e sobremesa.

## **b. Escala de Necessidades Psicológicas Básicas (BMPN)**

Trata-se de uma escala que avalia o grau de satisfação e de frustração das necessidades psicológicas básicas previstas na TAD: Autonomia, Competência e Relacionamento. É destinada a jovens e adultos, tendo sido aferida para a população portuguesa. Trata-se de um instrumento de autopreenchimento, com escala tipo Likert de 5 Pontos (1 - “Discordo Totalmente”; 5 - “Concordo Totalmente”) (Cordeiro, Paixão, Lens, Lacante & Sheldon, 2016).

As dimensões da escala são Autonomia, Relações de Pertença, Competência, Satisfação das Necessidades, Frustração das Necessidades e tem um total de 18 itens. A BMPN compreende seis fatores: a) satisfação da autonomia (F1: itens 1, 2, 3), b) satisfação competência (F2: itens 4, 5, 6), c) satisfação do relacionamento (F3: itens 7, 8, 9), d) frustração de autonomia (F4: itens 10, 11, 12), e) frustração da competência (F5: itens 13, 14, 15) e f) frustração de relacionamento (F6: itens 16, 17, 18). (Cordeiro, Paixão, Lens, Lacante & Sheldon, 2016). Nas análises de fiabilidade Sheldon e Hilpert (2012), indicam pontuações de 0.71 e 0.85 para as afirmações positivas e negativas do relacionamento, 0.71 e 0.70 para as afirmações positivas e negativas de competência, e por fim, 0.69 e 0.72 para as afirmações positivas e negativas de autonomia. Segundo Sheldon e Hilpert (2012), é possível cotar a escala separadamente com cada um dos 6 scores ou calcular 3 scores das necessidades, subtraindo aos valores da satisfação de cada uma delas, o respetivo valor correspondente à frustração dessa mesma necessidade.

A adaptação portuguesa da BMPN postula um modelo de 6 fatores, divididos entre a satisfação de cada necessidade e a frustração das mesmas. Os autores Cordeiro, Paixão, Lens, Lacante e Sheldon (2016) sustentam que este é o modelo que melhor se ajusta, sendo constituído pelos fatores de autonomia, competência e relacionamento, bem como pela frustração de autonomia, competência e relacionamento. Para a versão portuguesa de Cordeiro, Paixão, Lens, Lacante e Sheldon (2016), as análises de fiabilidade da escala encontraram valores de alfa para a satisfação das necessidades de 0.29, e de frustração de 0.16. Para a satisfação do relacionamento o valor de alfa assumia o valor de 0.37, para competência 0.34 e para autonomia 0.38, ao passo que para a frustração de cada uma das necessidades o alfa foi de 0.60 para relacionamento, 0.29 competência e 0.58 para autonomia.

A pontuação é calculada através do somatório de cada escala. Para obter um cálculo global é necessário subtrair as pontuações nos itens de Frustração às pontuações nos itens de Satisfação. Pontuações mais elevadas indicam maiores níveis de satisfação das necessidades psicológicas básicas (Cordeiro, Paixão, Lens, Lacante & Sheldon, 2016).

## **c. Escala de Autoeficácia alimentar Global (EAEAG)**

A criação dos itens para a EAEAG resultou da adaptação de itens que integram a subescala de auto-eficácia do Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) de Vaz Serra (1986). A escolha do

ICAC como base para o desenvolvimento da escala de auto-eficácia alimentar, deve-se pelo fato de se tratar de um instrumento especificamente construído para a população portuguesa. Uma vez que era pretendido avaliar aspetos globais da auto-eficácia alimentar, o desenvolvimento da escala a partir de itens não referentes a aspetos específicos de determinado domínio, reduz a influência de uma eventual avaliação concomitante de aspetos específicos da alimentação. Esta escala é destinada a jovens e adultos debruçando-se sobre elementos do Comportamento Alimentar. A dimensão sobre a qual recai é a Autoeficácia e tem um total de 5 itens (Póinhos, Canelas, Oliveira & Correia, 2013).

Trata-se de um questionário de autopreenchimento com uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos (1 - “Não Concordo”; 5 - “Concordo Muitíssimo”), de acordo com a maneira de ser habitual do participante. A escala de resposta varia entre 0 a 4, sendo que a cotação máxima corresponde à resposta “Concordo muitíssimo” exceto no caso do item 1, cotado de forma inversa. A pontuação total corresponde à soma das cotações nos itens que compõem a escala. Em cada item e no total, quando mais elevadas forem as pontuações maiores os níveis de auto-eficácia (Póinhos, Canelas, Oliveira & Correia, 2013).

Segundo Póinhos, Canelas, Oliveira e Correia (2013), a EAEAG apresenta uma boa consistência interna, através de valores de alfa de Cronbach acima dos 0,85 para a amostra total, e de 0.879 e 0.858 para as subescalas dos grupos femininos e masculinos.

## **4. Procedimentos**

### **a. Recolha de dados**

Antes de aplicar o questionário foi necessário cumprir um conjunto de procedimentos que garantissem a normalidade do processo. Assim sendo, após a construção do questionário sociodemográfico e estabelecidos os contactos com os respetivos autores das escalas solicitando autorização para utilizar os instrumentos nesta investigação, foi pedida a permissão aos diretores das escolas para desenvolver este estudo com a colaboração dos alunos. Nesta fase, foram enviados os devidos consentimentos informados (através das escolas) fornecendo dados relativos acerca dos objetivos da investigação, da livre e espontânea vontade em participar ou não no estudo, e do anonimato e confidencialidade dos dados. Uma vez que se trata de uma população menor, os encarregados de educação tiveram de decidir se permitiam a participação do seu educando.

Antes de aplicar os questionários foi realizado um teste piloto com participantes (com as mesmas características da amostra da presente investigação) de ambos os sexos, com diferentes níveis de escolaridade e com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos, com o objetivo de verificar a existência de eventuais erros de ortografia, lacunas ou ambiguidade nas questões sociodemográficas, entre outras. Após este exercício, foram agendadas reuniões

nas instituições com o intuito de conhecer o espaço, as turmas que iriam participar na recolha de dados e algumas condições pertinentes de modo a não perturbar o processo habitual do decorrer das aulas.

A recolha dos dados realizou-se entre os meses de maio e junho de 2016 entre os distritos do Porto, Aveiro e Coimbra. Trata-se de uma amostra de conveniência. A recolha de dados ocorreu em contexto sala de aula (em diferentes disciplinas) e o material necessário era apenas lápis/caneta e o respetivo questionário. No momento da recolha de dados, para além da apresentação formal do investigador, foram explicados os objetivos, o procedimento de preenchimento do questionário, bem como analisadas todas as escalas do documento e esclarecidas todas as dúvidas. Em média, foram dispensados cerca de 20 a 30 minutos para preencher a totalidade do documento. A base de dados do estudo é constituída por um questionário sociodemográfico, a Escala das Necessidades Básicas (BMPN) e, por fim, a Escala de Autoeficácia Alimentar Global (EAEAG)<sup>9</sup>. Todos os questionários foram numerados e respetivamente identificados na base de dados.

## **b. Análise estatística**

A análise de dados foi construída recorrendo ao programa de análise estatística *IBM SPSS Statistic* versão 24 (*software* de análise estatística para Ciências Sociais e Humanas). De modo a facilitar o tratamento dos dados e a respetiva interpretação dos resultados, foram categorizadas algumas variáveis em grupos, nomeadamente idade, concelho, agregado familiar, número de irmãos, profissão da mãe e do pai. Seguidamente, algumas variáveis foram convertidas em medida numérica para que fosse possível realizar cálculos estatísticos.

Numa primeira fase e com o objetivo de fazer uma descrição acerca dos participantes da amostra, foram calculadas as estatísticas descritivas cujas medidas servem para descrever, de forma sucinta, os dados da amostra (Martins, 2011). Foram tidas em consideração as médias, valores mínimos e máximos, desvio padrão, percentis e tabelas de frequências. Após este processo foram elaborados os respetivos fatores para a BMPN, bem como atribuída uma nova designação.

Para avaliar a confiabilidade/ consistência da escala BMPN e dos respetivos fatores é necessário recorrer ao  $\alpha$  de Cronbach. É um indicador útil para avaliar o grau de consistência interna de um grupo de variáveis (itens), constituindo uma medida associada à fiabilidade interna de precisão de um instrumento. Os valores dos índices de  $\alpha$  variam entre 0 e 1 (quanto mais próximo de 1, maior a consistência interna), sendo que um instrumento com um  $\alpha$  de pelo menos .70 já pode ser considerado fiável (Maroco & Garcia-Marques, 2006; Pestana & Gageiro, 2005). Após esta análise verificou-se que a BMPN tem um  $\alpha$  de .66 o que permite

---

<sup>9</sup> Foram ainda aplicados outros instrumentos, mas que não serão alvo de análise no âmbito do presente trabalho.

concluir razoável uma consistência interna quando aplicado a esta amostra específica. A confiabilidade da escala EAEAG também foi calculada, tendo obtido um  $\alpha$  de Cronbach de .77. Este valor atribuiu uma boa consistência interna à escala.

Testou-se a normalidade para aferir se a amostra seguia distribuição normal, para posteriormente saber por que testes optar: testes paramétricos (e.g., *t*-student ou ANOVA) ou não paramétricos (e.g., qui-quadrado, Kruskal-Wallis). Tendo em conta que Maroco (2007) considera que à medida que o tamanho da amostra aumenta, a distribuição das médias amostrais tende para uma distribuição normal, quanto maior o valor da amostra mais esta tem tendência para a normalidade. Foi então considerado que esta amostra segue uma distribuição normal, procedendo à realização da estatística paramétrica.

Ainda nesta sequência, avaliou-se a sensibilidade psicométrica por meio das medidas de curtose e assimetria. Estas medidas são úteis para se precaver contra erros ao estabelecer uma suposição de populações distribuídas normalmente. A assimetria é a propriedade que indica a tendência de maior concentração dos dados em relação ao ponto central. A curtose é a característica que se refere ao grau de achatamento. É considerado que um item apresenta adequada sensibilidade psicométrica quando o valor de curtose é inferior a 3 e a assimetria inferior a 7. Itens com valores superiores têm problemas de sensibilidade e podem comprometer a sensibilidade dos restantes itens na escala (Kline, 2004; Maroco, 2007).

Deste modo, foi então concebível estabelecer comparações a partir de estatísticas inferenciais recorrendo à utilização de testes paramétricos na análise das hipóteses. Assim, realizou-se o teste *t*-student para variáveis dicotómicas (comparar médias entre duas situações em amostras independentes) (Martinez & Ferreira, 2007). Para a análise estatística foi estabelecido como nível de significância  $p \leq 0.05$  (quanto mais próximo do zero maior o nível de significância), dado se considerar o nível 5% como sendo o máximo admissível para o estabelecimento de que é estatisticamente significativo; tal significa que os intervalos de confiança utilizados em todos os testes são de 95%, para que exista validade no tratamento dos dados (Pestana & Gageiro, 2005; Maroco, 2007).

Após a realização dos testes *t*-student, procedeu-se à realização da Correlação de Pearson e Regressão múltipla. O procedimento estatístico de Correlação determina de forma global o grau de associação entre variáveis. Assim, foi testado se há uma relação entre a autoeficácia e cada um dos domínios das necessidades psicológicas. Os coeficientes de correlação podem variar entre -1 (uma associação negativa perfeita) e 1 (uma associação positiva perfeita), sendo que o valor 0 indica a inexistência de relação linear entre as variáveis. Após esta análise, procedeu-se à realização da Regressão múltipla que pretende analisar de forma mais pormenorizada a relação entre duas variáveis. Esta análise conduz a uma equação que pode

ser utilizada para “predizer” valores de uma variável dependente em relação aos valores de uma variável independente associada (Pereira & Patrício, 2013).

Foram apresentados os devidos resultados e elaborada uma discussão acerca dos mesmos, tendo por base a revisão da literatura. Importa salientar que a seleção das variáveis se deve pelo grau de pertinência que estas poderiam assumir no estudo e nos objetivos formulados, uma vez que na literatura não foram encontradas referências a variáveis sociodemográficas pertinentes. Para terminar, foram expostas as conclusões acerca da investigação, bem como as limitações do estudo e sugestões para futuras pesquisas em relação a esta temática.

Comportamento de Saúde: Estudo Exploratório da relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas e a Autoeficácia alimentar

## Capítulo II. Resultados

### 1. Estatística Descritiva para a BMPN

A partir da tabela que se segue, é possível verificar que a pontuação média obtida na BMPN foi de 10.12 e desvio padrão 7.63, sendo que os valores mínimos e máximos variaram entre -13 e 31.

**Tabela 5.**

*Estatística descritiva dos resultados gerais da escala BMPB*

Instrumento	Média	Desvio Padrão	Mín.-Máx.	Curtose	Assimetria
Item 1	3.99	1.05	1 - 5	0.59	-1.04
Item 2	3.79	1.07	1 - 5	-0.05	-0.69
Item 3	4.02	0.97	1 - 5	0.34	-0.88
Item 4	3.62	0.93	1 - 5	0.22	-0.48
Item 5	3.93	0.93	1 - 5	0.42	-0.77
Item 6	3.84	0.85	1 - 5	0.54	-0.58
Item 7	4.55	0.77	1 - 5	3.77	-1.90
Item 8	4.50	0.80	1 - 5	3.71	-1.84
Item 9	3.67	1.39	1 - 5	-0.68	-0.78
Item 10	3.64	1.17	1 - 5	-0.35	-0.61
Item 11	3.41	1.24	1 - 5	-0.67	-0.49
Item 12	2.60	1.25	1 - 5	-0.98	0.26
Item 13	2.60	1.27	1 - 5	-0.98	0.28
Item 14	2.58	1.26	1 - 5	-0.97	0.28
Item 15	4.23	0.89	1 - 5	2.10	-1.36
Item 16	1.85	1.22	1 - 5	0.59	1.31
Item 17	2.28	1.33	1 - 5	-0.87	0.63
Item 18	2.58	1.32	1 - 5	-1.14	0.27

Foi avaliada a sensibilidade psicométrica através da curtose e da assimetria. Tendo em conta os dados na tabela, nenhum item apresenta valores de curtose superiores a 3, sendo que os valores de assimetria também se encontram inferiores a 7 (Kline, 2004; Maroco, 2007).

**Tabela 6.**

*Estatística descritiva dos resultados acerca da Satisfação e Frustração*

Instrumento	Média	Desvio Padrão	Mín.-Máx.
Satisfação de Autonomia	3.93	.76	1 - 5
Satisfação de Competência	3.79	.69	1 - 5
Satisfação de Relacionamento	4.23	.72	1 - 5

Comportamento de Saúde: Estudo Exploratório da relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas e a Autoeficácia alimentar

Frustração de Autonomia	3.21	.84	1 - 5
Frustração de Competência	3.13	.71	1 - 5
Frustração de Relacionamento	2.23	.99	1 - 5

Avaliou-se a relação entre os domínios correspondentes à satisfação e frustração das necessidades (cf. Tabela 7, 8 e 9). No que concerne à satisfação das necessidades, os resultados mostraram o seguinte para esta população: 1) satisfação da autonomia com satisfação de competência ( $r=.43$ ,  $p= <.001$ ), com satisfação de relacionamento ( $r=.36$ ,  $p= <.001$ ) e com frustração de relacionamento ( $r=-.11$ ,  $p=<.001$ ); 2) satisfação de competência com satisfação de relacionamento ( $r=.33$ ,  $p= <.001$ ) e com frustração de relacionamento ( $r=-.14$ ,  $p= <.001$ ), e por fim, 3) satisfação de relacionamento com frustração de autonomia ( $r=0.19$ ,  $p= <.001$ ). Em relação à frustração das necessidades, os resultados apontaram para: 1) frustração da autonomia com frustração de competência ( $r=.39$ ,  $p= <.001$ ) e com frustração de relacionamento ( $r=.31$ ,  $p= <.001$ ), e para terminar, frustração de competência com frustração de relacionamento ( $r=.39$ ,  $p= <.001$ ).

**Tabela 7.**

*Relação entre os domínios de Satisfação com Satisfação das Necessidades*

		Satisfação		
		Autonomia	Competência	Relacionamento
Satisfação	Autonomia	-	.43**	.36**
	Competência	-	-	.33**
	Relacionamento	-	-	-

\*\*A correlação é significativa no nível de 0.01

\*A correlação é significativa no nível de 0.05

**Tabela 8.**

*Relação entre os domínios de Frustração com Frustração das Necessidades*

		Frustração		
		Autonomia	Competência	Relacionamento
Frustração	Autonomia	-	.39**	.31**
	Competência	-	-	.39**
	Relacionamento	.31**	.39**	-

\*\*A correlação é significativa no nível de 0.01

\*A correlação é significativa no nível de 0.05

**Tabela 9.**

*Relação entre os domínios de Satisfação com Frustração das Necessidades*

		Frustração		
		Autonomia	Competência	Relacionamento
Satisfação	Autonomia	.07*	.04	-.11**

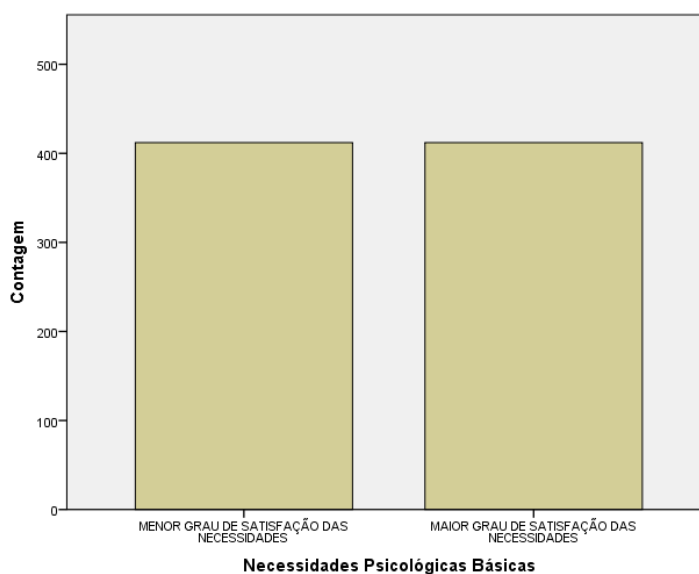
## Comportamento de Saúde: Estudo Exploratório da relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas e a Autoeficácia alimentar

Competência	.03	-.03	-.14**
Relacionamento	.19**	.14**	-.05

\*\*A correlação é significativa no nível de 0.01

\*A correlação é significativa no nível de 0.05

Classificando a amostra tendo em conta a pontuação média, obtiveram-se dois grupos: o dos 412 participantes (50%) que obtiveram pontuações inferiores a 10, isto é, “*menor grau de satisfação das Necessidades Psicológicas Básicas*” e o das 412 pessoas (50%) cujas pontuações ultrapassaram esse valor, ou seja, “*maior grau de satisfação das Necessidades Psicológicas Básicas*” (consultar gráfico 1). Como tal, é possível verificar que os participantes da amostra dos dois grupos se distribuem de forma homogénea.



**Gráfico 1.** Contagem de pessoas com maior e menor grau de satisfação das Necessidades

### 1.1. Estudo da Normalidade para a BMPN

Previamente foi elaborado um estudo para testar a normalidade da BMPN de modo a aferir por que tipologia de testes adotar (testes paramétricos e testes não paramétricos). Através deste estudo é possível comparar a distribuição em estudo com uma distribuição normal (Maroco, 2007). Tal como mencionado anteriormente, à medida que o tamanho da amostra aumenta a distribuição das médias amostrais tende para uma distribuição normal, sendo que quanto maior o valor da amostra, maior será a tendência para a normalidade. Acresce que, através da representação do gráfico, é possível confirmar o pressuposto da normalidade para a escala BMPN, sendo exequível realizar análises inferenciais a partir de testes estatísticos paramétricos.

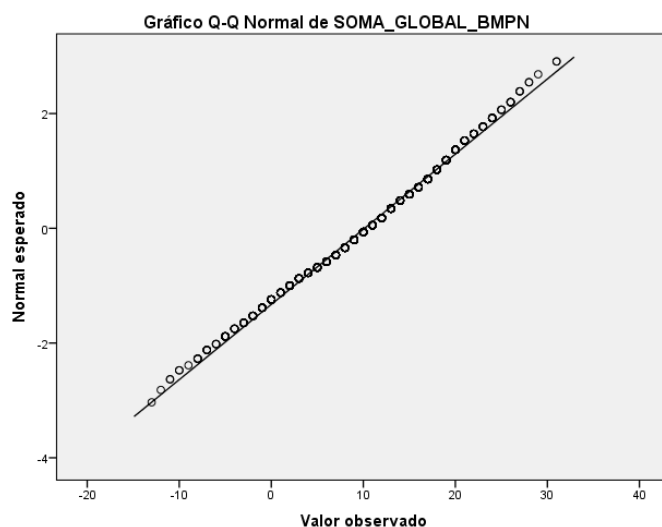


Gráfico 2. Gráfico da normalidade do BMPN

## 1.2. Teste das Hipóteses para o grupo: Sexo

H1<sub>A</sub>) Há diferenças estatisticamente significativas relativamente à Satisfação da Autonomia entre o sexo feminino e masculino

No que diz respeito à hipótese em análise, verificou-se, novamente, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as crianças do sexo feminino e as do sexo masculino ao nível da satisfação da autonomia,  $t(822) = -.99$ ,  $p = .319$  (cf. Tabela 10). Uma vez que  $p > 0.05$  retém-se a hipótese nula, não se verificaram evidências que pudessem levar a considerar que o sexo tem alguma influência na satisfação da autonomia.

### Tabela 10.

*Apresentação dos resultados relativos ao t-student para amostras independentes -Satisfação da Autonomia em função do sexo*

	Masculino (n = 420)	Feminino (n = 404)	t (822)
	Média (DP)	Média (DP)	
Satisfação da Autonomia	3.90 (.77)	3,96 (.76)	-.99

Recorrendo ainda à análise das estatísticas de grupo, é possível verificar que não existe uma diferença significativa entre as médias dos dois grupos em estudo. Desta forma, a hipótese nula é rejeitada.

H1<sub>B</sub>) Há diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e masculino em relação à Satisfação da Competência

Uma vez mais, não se detetaram diferenças estatisticamente significativas entre as crianças do sexo feminino e as do sexo masculino ao nível da satisfação da competência,  $t(822) = .39$ ,

$p = .694$  (cf. Tabela 11). Como  $p > 0.05$  retém-se a hipótese nula, não sendo possível tirar evidências de que o sexo pode ter alguma influência na satisfação da competência.

**Tabela 11.**

*Apresentação dos resultados relativos ao t-student para amostras independentes - variável Sexo e Satisfação da Competência*

	Masculino (n = 420) Média (DP)	Feminino (n = 404) Média (DP)	t (822)
Satisfação da Competência	3.80 (0.66)	3.78 (0.73)	.39

Tendo por base as análises das estatísticas de grupo, é possível verificar que não se observam diferenças significativas entre as médias de ambos os grupos em estudo. Mais uma vez, a hipótese nula encontra-se rejeitada.

H1c) Há diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e masculino em relação à Satisfação de Relacionamento

Neste teste de hipótese em estudo, verificaram-se evidências estatisticamente significativas entre crianças do sexo feminino e crianças do sexo masculino ao nível da satisfação de relacionamento,  $t (822) = -3.70$ ,  $p = .000$  (cf. Tabela 12). Visto  $p < 0.05$  considera-se a hipótese alternativa, podendo ser possível considerar que o sexo tem alguma influência sobre a satisfação de relacionamento.

**Tabela 12.**

*Apresentação dos resultados relativos ao t-student para amostras independentes - variável Sexo e Satisfação de Relacionamento*

	Masculino (n = 420) Média (DP)	Feminino (n = 404) Média (DP)	t (822)
Satisfação de Relacionamento	4.14 (0.73)	4.33 (0.69)	-3.70*

\* $p < 0.05$

Analisando as estatísticas de grupo, é possível verificar que existe uma diferença entre as médias dos dois grupos em estudo, destacando o grupo feminino com um valor médio mais elevado. Desta forma, retém-se a hipótese nula.

H1d) Há diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e masculino em relação à Frustração da Autonomia

Mais uma vez, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as crianças do sexo feminino e as crianças do sexo masculino ao nível da frustração da autonomia,  $t (822) = -1.43$ ,  $p = .153$  (cf. Tabela 13). Uma vez que  $p > 0.05$  retém-se a hipótese nula, não se

verificando evidências para considerar que o sexo tem alguma influência na satisfação da autonomia.

**Tabela 13.**

*Apresentação dos resultados relativos ao t-student para amostras independentes - variável Sexo e Frustração da Autonomia*

	Masculino (n = 420) Média (DP)	Feminino (n = 404) Média (DP)	t (822)
Frustração da Autonomia	3.17 (.82)	3.25 (.86)	-1.43

Através da análise das estatísticas de grupo, é possível verificar que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre as médias dos dois grupos em estudo. Desta forma, a hipótese nula é rejeitada.

H1<sub>E</sub>) Há diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e masculino em relação à Frustração de Competência

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as crianças do sexo feminino e as do sexo masculino ao nível da frustração de competência,  $t(822) = -1.89$ ,  $p = .058$  (cf. Tabela 14). Visto que  $p > 0.05$  retém-se a hipótese nula, não se constatando evidências para considerar que o sexo tem alguma influência na satisfação da autonomia.

**Tabela 14.**

*Apresentação dos resultados relativos ao t-student para amostras independentes - variável Sexo e Frustração de Competência*

	Masculino (n = 420) Média (DP)	Feminino (n = 404) Média (DP)	t (822)
Frustração de Competência	3.09 (.72)	3.18 (.71)	-1.89

Pela análise das estatísticas de grupo, é possível verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias de ambos os grupos em estudo. Assim, a hipótese nula encontra-se rejeitada.

H1<sub>F</sub>) Há diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e masculino em relação à Frustração de Relacionamento

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as crianças do sexo feminino e as do sexo masculino ao nível de frustração de relacionamento,  $t(822) = -4.25$ ,  $p = .000$  (cf. Tabela 15). Dado que  $p < 0.05$  retém-se a hipótese alternativa, não se verifica a possibilidade de considerar que o sexo tem alguma influência na satisfação da autonomia.

**Tabela 15.**

*Apresentação dos resultados relativos ao t-student para amostras independentes - variável Sexo e Frustração de Relacionamento*

	Masculino (n = 420) Média (DP)	Feminino (n = 404) Média (DP)	t (822)
Frustração de Relacionamento	2.09 (.96)	2.38 (1.01)	-4.25*

\*p<0.05

Recorrendo à análise das estatísticas de grupo, é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos em estudo, sendo que o grupo feminino apresenta uma média superior. Desta forma, retém-se a hipótese nula.

### 1.3. Teste das Hipóteses para o grupo: Idade

Tendo em conta a ausência de informação acerca do ponto de corte e considerando o valor médio de idades (M=12) foram criados dois grupos para a variável idade: o das crianças com idades inferiores a 12 anos, “crianças mais novas” (n=442) e o das crianças com idades igual ou superior a 12, “crianças mais velhas” (n=382), procedendo-se de seguida à execução da estatística do t-student.

#### H2A) Há diferenças estatisticamente significativas entre as crianças mais velhas e as crianças mais novas em relação à Satisfação da Autonomia

É possível constatar diferenças estatisticamente significativas entre o grupo das crianças mais novas com o grupo das crianças mais velhas ao nível da satisfação da autonomia,  $t(822) = -5.19$ ,  $p = .000$  (cf. Tabela 16). Como  $p < 0.05$  considera-se a hipótese alternativa, que poderá ser possível considerar que a idade tem alguma influência na satisfação das necessidades psicológicas básicas.

**Tabela 16.**

*Apresentação dos resultados relativos ao t-student para amostras independentes - variável Idade e Satisfação da Autonomia*

	Crianças mais novas (n = 442) Média (DP)	Crianças mais velhas (n = 382) Média (DP)	t (822)
Satisfação de Autonomia	3.81 (.82)	4.08 (.67)	-5.19*

\*p<0.05

Através da análise das estatísticas de grupo, é possível observar que existe uma diferença entre as médias dos dois grupos em estudo, verificando que as crianças mais velhas têm maior grau de satisfação da necessidade de autonomia em comparação com as crianças mais novas. Posto estes resultados, retém-se a hipótese nula.

H2<sub>B</sub>) Há diferenças estatisticamente significativas entre as crianças mais velhas e as crianças mais novas em relação à Satisfação de Competência

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo das crianças mais novas com o grupo das crianças mais velhas ao nível da satisfação da competência,  $t(822) = 1.81$ ,  $p = .071$  (cf. Tabela 17). Como  $p > 0.05$ , não se considera a hipótese alternativa, uma vez que não é possível considerar que a idade tenha alguma influência na satisfação de competência.

**Tabela 17.**

*Apresentação dos resultados relativos ao t-student para amostras independentes - variável Idade e Satisfação de Competência*

	Crianças mais novas (n = 442)	Crianças mais velhas (n = 382)	t (822)
	Média (DP)	Média (DP)	
Satisfação de Competência	3.84 (.71)	3.75 (.69)	1.81

Com base na análise das estatísticas de grupo, não é possível observar uma diferença estatisticamente significativa entre as médias dos grupos em análise. Posto estes resultados, a hipótese nula é rejeitada.

H2<sub>C</sub>) Há diferenças estatisticamente significativas entre as crianças mais velhas e as crianças mais novas em relação à Satisfação de Relacionamento

É possível constatar diferenças estatisticamente significativas entre o grupo das crianças mais novas com o grupo das crianças mais velhas ao nível da satisfação de relacionamento,  $t(822) = -3.87$ ,  $p = .000$  (cf. Tabela 18). Uma vez que  $p < 0.05$  retém-se a hipótese nula, não se verifica a possibilidade de considerar que a idade tem alguma influência na satisfação de relacionamento.

**Tabela 18.**

*Apresentação dos resultados relativos ao t-student para amostras independentes - variável Idade e Satisfação de Relacionamento*

	Crianças mais novas (n = 442)	Crianças mais velhas (n = 382)	t (822)
	Média (DP)	Média (DP)	
Satisfação de Relacionamento	4.15 (.73)	4.34 (.70)	-3.87*

\* $p < 0.05$

Através da análise das estatísticas de grupo, é possível observar que existe uma diferença estatisticamente significativa entre as médias dos grupos das crianças mais velhas com as crianças mais novas. Posto estes resultados, rejeita-se a hipótese nula.

H2<sub>b</sub>) Há diferenças estatisticamente significativas entre as crianças mais velhas e as crianças mais novas em relação à Frustração de Autonomia

Não se constatarem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo das crianças mais novas com o grupo das crianças mais velhas ao nível da frustração da autonomia,  $t(822) = -.84$ ,  $p = .403$  (cf. Tabela 19). Dado  $p > 0.05$  retém-se a hipótese nula e não se verifica a possibilidade de considerar que a idade tem alguma influência na frustração da autonomia.

**Tabela 19.**

*Apresentação dos resultados relativos ao t-student para amostras independentes - variável Idade e Frustração da Autonomia*

	Crianças mais novas (n = 442) Média (DP)	Crianças mais velhas (n = 382) Média (DP)	t (822)
Frustração de Autonomia	3.19 (.84)	3.24 (.86)	-.84

Através da análise das estatísticas de grupo, é possível observar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias de ambos os grupos. Assim sendo, a hipótese nula é retida.

H2<sub>c</sub>) Há diferenças estatisticamente significativas entre as crianças mais velhas e as crianças mais novas em relação à Frustração de Competência

Através do teste de hipótese, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo das crianças mais novas com o grupo das crianças mais velhas ao nível da frustração de competência,  $t(822) = -.41$ ,  $p = .685$  (cf. Tabela 20). Como  $p > 0.05$  retém-se a hipótese nula, não se verificando evidências para considerar que a idade tem alguma influência na frustração de competência.

**Tabela 20.**

*Apresentação dos resultados relativos ao t-student para amostras independentes - variável Idade e Frustração de Competência*

	Crianças mais novas (n = 442) Média (DP)	Crianças mais velhas (n = 382) Média (DP)	t (822)
Frustração de Competência	3.13 (.72)	3.15 (.70)	-.41

Com base na análise das estatísticas de grupo, é possível observar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos em estudo. Assim sendo, a hipótese formulada é rejeitada.

H2<sub>F</sub>) Há diferenças estatisticamente significativas entre as crianças mais velhas e as crianças mais novas em relação à Frustração de Relacionamento

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo das crianças mais novas com o grupo das crianças mais velhas ao nível da frustração de relacionamento,  $t(822) = -.32$ ,  $p = .752$  (cf. Tabela 21). Uma vez que  $p > 0.05$  retém-se a hipótese nula, não se verificando evidências para considerar que a idade tem alguma influência na frustração de relacionamento.

**Tabela 21.**

*Apresentação dos resultados relativos ao t-student para amostras independentes - variável Idade e Frustração de Relacionamento*

	Crianças mais novas (n = 442) Média (DP)	Crianças mais velhas (n = 382) Média (DP)	t (822)
Frustração de Relacionamento	2.23 (1.03)	2.25 (.95)	.32

Através da análise das estatísticas de grupo, é possível observar que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre as médias dos grupos em estudo. Deste modo, a hipótese formulada encontra-se rejeitada.

## 2. Estatística Descritiva para a EAEAG

A partir da tabela seguinte, é possível verificar que a pontuação média obtida no EAEAG foi de 13.55, sendo que os valores mínimos e máximos variaram entre 0 e 20. O desvio padrão é de 4.128.

**Tabela 22.**

*Estatística descritiva dos resultados da EAEAG*

Instrumento	Média	Desvio Padrão	Mín.-Máx.	Curtose	Assimetria
Item 1	3.25	1.07	0 - 4	1.24	-1.40
Item 2	2.36	1.17	0 - 4	-.81	-.17
Item 3	2.56	1.15	0 - 4	-.59	-.43
Item 4	2.58	1.13	0 - 4	-.57	-.43
Item 5	2.82	1.15	0 - 4	-.33	-.72

Avaliou-se a sensibilidade psicométrica através das medidas de curtose e assimetria. Tendo em conta os dados na tabela, todos os valores de curtose são inferiores a 3, e os de assimetria também são inferiores a 7. Portanto, é possível considerar que itens apresentam uma sensibilidade psicométrica adequada, não comprometendo a sensibilidade dos itens na escala (Kline, 2004; Maroco, 2007).

Com base na pontuação média, obtiveram-se dois grupos: o dos 382 participantes (46.4%) com pontuações inferiores a 13, isto é, “menor percepção de autoeficácia” e o das 442 pessoas (53.6%) cujas pontuações ultrapassaram esse valor, “maior percepção de autoeficácia” (consultar gráfico 3). Através do gráfico que se segue é possível observar uma ligeira diferença em relação à quantidade de participantes que têm maior e menor percepção de autoeficácia.

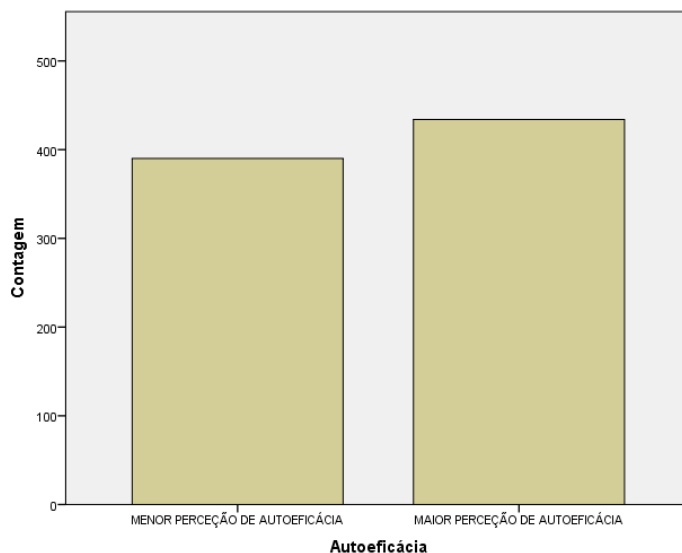


Gráfico 3. Contagem de pessoas com maior e menor percepção de Autoeficácia

## 2.1. Estudo da Normalidade para EAEAG

Do mesmo modo que foi elaborado um estudo para a normalidade da BMPN, também para a EAEAG foi pertinente elaborar o mesmo teste. Também aqui, foi considerado o tamanho da amostra, tendo-se verificado distribuição normal. Com base na representação do gráfico que se segue, é possível confirmar o pressuposto da normalidade para a EAEAG, sendo possível realizar análises inferenciais a partir de testes estatísticos paramétricos.

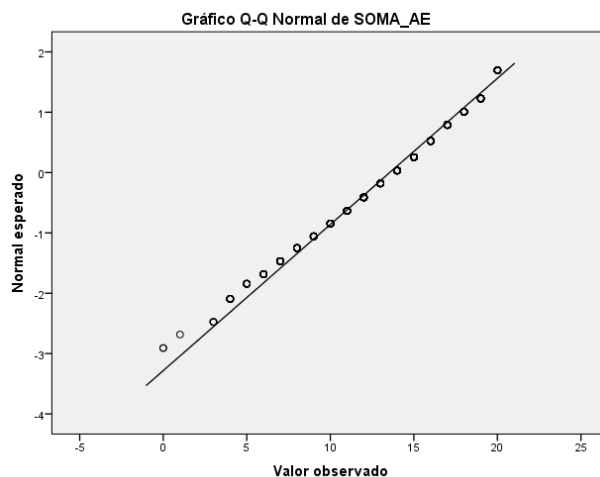


Gráfico 4. Gráfico da normalidade da EAEAG

## 2.2. Teste das Hipóteses para o grupo: Sexo e Idade

### H1) Há diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e o masculino na EAEAG

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre as crianças do sexo feminino e masculino ao nível da percepção de autoeficácia,  $t(822) = 2.11$ ,  $p = .035$  (cf. Tabela 23). Como  $p < 0.05$  retém-se a hipótese nula.

**Tabela 23.**

*Apresentação dos resultados relativos ao t-student para amostras independentes - variável Sexo*

	Masculino (n = 420) Média (DP)	Feminino (n = 404) Média (DP)	t (822)
EAEAG	13.84 (4.00)	13.24 (4.24)	2.11*

\* $p < 0.05$

Através da análise das estatísticas de grupo, é possível verificar que existe uma diferença significativa entre as médias, sendo que o grupo masculino o que tem média superior. Desta forma, a hipótese formulada é retida.

### H2) Há diferenças estatisticamente significativas entre as crianças mais novas e as crianças mais velhas na EAEAG

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as crianças mais novas e as crianças mais velhas ao nível da percepção de autoeficácia,  $t(822) = 2.66$ ,  $p = .008$  (cf. Tabela 24). Como  $p < 0.05$  retém-se a hipótese nula, verificando evidências que pudessem levar a considerar que a idade tem alguma influência na percepção da autoeficácia.

**Tabela 24.**

*Apresentação dos resultados relativos ao t-student para amostras independentes - variável Idade*

	Crianças mais novas (n = 420) Média (DP)	Crianças mais velhas (n = 404) Média (DP)	t (822)
EAEAG	13.90 (4.13)	13.14 (4.09)	2.66*

\* $p < 0.05$

Recorrendo ainda à análise das estatísticas de grupo, constataram-se diferenças significativas entre as médias dos grupos entre as crianças mais novas e as mais velhas, sendo que o primeiro se destaca. Portanto, retém-se a hipótese formulada.

### 3. Associações entre Necessidades Psicológicas básicas e Autoeficácia

No decorrer deste tópico, serão elaborados testes de hipóteses e correlações com o objetivo de verificar se existem associações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo. De modo a conseguir identificar com clareza os tipos de correlações encontradas, Filho & Júnior (2010), identificam o seguinte:

- $0.75 < |R| \leq 1$  corresponde a uma correlação linear forte;
- $0.50 < |R| \leq 0.75$  corresponde a uma correlação linear moderada;
- $0.25 < |R| \leq 0.50$  corresponde a uma correlação linear fraca;
- $0 \leq |R| \leq 0.25$  corresponde a uma correlação residual ou inexistente.

Por fim, será apresentada uma regressão linear múltipla que irá explicar quais as variáveis que são mais preditivas entre as necessidades psicológicas básicas, da autoeficácia alimentar.

#### 3.1. Teste de Hipóteses

##### H1) Há uma associação entre a necessidade de Satisfação e Frustração

Não foi possível verificar a existência de uma correlação significativa entre a satisfação das necessidades e a frustração ( $r=.014$ ,  $p= >.05$ ) (cf. Tabela 25). Trata-se de uma correlação residual, pelo que não é possível verificar uma associação entre as variáveis. Assim, sendo  $p > 0.05$  retém-se a hipótese nula.

**Tabela 25.**

*Correlação entre necessidade de Satisfação e Frustração*

	Satisfação
Frustração	.014

##### H2) Há uma associação entre a Autoeficácia e a Satisfação e Frustração das necessidades

Através dos resultados, foi possível verificar a existência de uma correlação linear positiva fraca entre a autoeficácia e a satisfação ( $r=.37$ ,  $p= <.001$ ) e uma correlação residual entre a frustração das necessidades ( $r=-.21$ ,  $p= <.001$ ). Quer isto dizer que, a associação entre a autoeficácia e a satisfação das necessidades é reduzida, ainda que uma aumente em função da outra (quanto maior o grau de satisfação das necessidades, maior o grau de autoeficácia). Em relação à autoeficácia e à frustração, a correlação é negativa indicando que à medida que uma aumenta a outra diminuiu (maior percepção de autoeficácia parece diminuir o grau de frustração das necessidades) (cf. Tabela 26). Dado estes valores, rejeita-se a hipótese nula.

**Tabela 26.**

*Correlação entre Autoeficácia e Satisfação e Frustração das necessidades*

	Satisfação	Frustração
Autoeficácia	.37**	-.21**

\*\* A correlação é significativa no nível 0.05

H3<sub>A</sub>) Há uma associação entre a Autoeficácia e Satisfação da necessidade de Autonomia

Os resultados mostraram a existência de uma correlação linear positiva fraca, mas significativa entre a autoeficácia e a satisfação de autonomia ( $r=.28$ ,  $p= <.001$ ). À medida que a variável autoeficácia aumenta, o mesmo acontece com a variável satisfação da autonomia (cf. Tabela 27). Posto isto, rejeita-se a hipótese nula.

**Tabela 27.**

*Correlação entre Autoeficácia e Satisfação da necessidade de Autonomia*

	Satisfação de Autonomia
Autoeficácia	.28**

\*\* A correlação é significativa no nível 0.05

H3<sub>B</sub>) Há uma associação entre a Autoeficácia e Satisfação da necessidade de Competência

Os dados mostraram a existência de uma correlação linear positiva fraca entre a autoeficácia e a satisfação de competência ( $r=.41$ ,  $p= <.001$ ), uma vez que à medida que a variável autoeficácia aumenta, a variável satisfação de competência aumenta também, mesmo que a associação seja considerada fraca (cf. Tabela 28), à luz da classificação de Filho e Júnior (2010). Assim sendo, rejeita-se a hipótese nula.

**Tabela 28.**

*Correlação entre autoeficácia e Satisfação da necessidade de Competência*

	Satisfação de Competência
Autoeficácia	.41**

\*\* A correlação é significativa no nível 0.05

H3<sub>C</sub>) Há uma associação entre a Autoeficácia e Satisfação da necessidade de Relacionamento

Os resultados mostraram a existência de uma correlação linear positiva fraca entre a autoeficácia e a satisfação de relacionamento ( $r=.16$ ,  $p= <.001$ ). Tal significa que à medida que a variável autoeficácia aumenta, a variável satisfação da necessidade de relacionamento aumenta em proporção, ainda que a associação seja fraca (cf. Tabela 29). Desta forma, rejeita-se a hipótese nula.

**Tabela 29.**

*Correlação entre Autoeficácia e Satisfação da necessidade de Relacionamento*

	Satisfação de Relacionamento
--	------------------------------

Comportamento de Saúde: Estudo Exploratório da relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas e a Autoeficácia alimentar

Autoeficácia	.16**
--------------	-------

\*\* A correlação é significativa no nível 0.05

H3<sub>b</sub>) Há uma associação entre a Autoeficácia e Frustração da necessidade de Autonomia

Foi possível observar-se a presença de uma correlação negativa entre a autoeficácia e a frustração de autonomia ( $r=-.07$ ,  $p=.058$ ) (cf. Tabela 30). Esta correlação mostra que à medida a que autoeficácia aumenta, a frustração da necessidade de autonomia diminui. Sendo  $p > 0.05$ , retém-se a hipótese nula.

**Tabela 30.**

*Correlação entre Autoeficácia e Frustração da necessidade de Autonomia*

	Frustração de Autonomia
Autoeficácia	-.07

H3<sub>e</sub>) Há uma associação entre a Autoeficácia e Frustração da necessidade de Competência

Os resultados apontam para a existência de uma correlação negativa entre a autoeficácia e a frustração de competência ( $r=-.09$ ,  $p=.006$ ) (cf. Tabela 31). Esta correlação aponta para a possibilidade da existência de uma proporcionalidade inversa entre as variáveis em análise pelo que enquanto a autoeficácia aumenta, a frustração da necessidade de competência diminui. Desta forma, rejeita-se a hipótese nula.

**Tabela 31.**

*Correlação entre Autoeficácia e Frustração da necessidade de Competência*

	Frustração da Competência
Autoeficácia	-.09**

\*\* A correlação é significativa no nível 0.05

H3<sub>b</sub>) Há uma associação entre a Autoeficácia e Frustração da necessidade de Relacionamento

Segundo os resultados, obtiveram-se dados sobre a existência de uma correlação negativa entre a autoeficácia e a frustração de relacionamento ( $r=-.29$ ,  $p= <.001$ ) (cf. Tabela 32). Este resultado indica que à medida que a autoeficácia aumenta, a frustração da necessidade de relacionamento diminui. A hipótese nula é rejeitada.

**Tabela 32.**

*Correlação entre Autoeficácia e Frustração da necessidade de Relacionamento*

	Frustração de Relacionamento
Autoeficácia	-.29**

\*\* A correlação é significativa no nível 0.05

### 3.2. Regressão Linear Múltipla

De seguida, pretende-se analisar a influência das correlações encontradas anteriormente entre os fatores da BMPN e a EAEAG através de uma regressão linear múltipla. Foi analisada de entre as necessidades (nas suas vertentes ou fatores de satisfação e frustração) quais constituem o melhor preditor da Autoeficácia Alimentar.

Analisando os resultados (cf. Tabela 33), é possível verificar que as variáveis independentes que explicam significativamente a variável dependente Autoeficácia é a satisfação da autonomia ( $p = <.002$ ), satisfação de competência ( $p = <.001$ ) e frustração da necessidade de relacionamento ( $p = <.001$ ), uma vez que apresentam um nível de significância  $p < 0.05$ . Por seu turno, através da estatística de  $t$  é possível verificar que a variável que apresenta maior poder preditivo para a Autoeficácia é a satisfação de competência ( $t = 9.63$ ;  $\beta = .34$ ).

**Tabela 33.**  
*Regressão Linear Múltipla para os fatores da BMPN como preditores da Autoeficácia (EAEAG)*

Modelo		Coeficientes				Sig.
		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		
		B	Erro Padrão	$\beta$	$t$	
1	(Constante)	5.99	1.08		5.56	.000
	Satisfação de Autonomia	.58	.19	.11	3.07	.002
	Satisfação de Competência	1.99	.21	.34	9.63	.000
	Satisfação de Relacionamento	.00	.19	.000	.01	.994
	Frustração de Autonomia	.08	.17	-.02	-.49	.624
	Frustração de Competência	.02	.20	.00	.12	.903
	Frustração de Relacionamento	-.94	.14	-.23	-6.57	.000

a. Variável Dependente: Autoeficácia (EAEAG)

A partir da análise de regressão ainda é possível obter o coeficiente de determinação (valor de  $R^2$ ). O  $R^2$  varia entre 0 e 1, indicando em proporção, quanto as variáveis independentes explicam a variabilidade da variável dependente. Assim, pressupõe-se que o valor obtido reflete quanto o modelo consegue explicar os valores observados, sendo que quanto maior o seu valor, mais explicativo é o modelo e ajustado à amostra em questão. Sendo  $R^2 = .24$  pressupõe-se então que as Necessidades Psicológicas Básicas (Satisfação de Autonomia, Competência, Relacionamento e Frustração de Autonomia, Competência e Relacionamento), parecem explicar 24% da variação da variável Autoeficácia.

## Discussão

Nesta secção são tidas em consideração à luz da Teoria da Autodeterminação e da Teoria Social Cognitiva, possíveis explicações para os resultados obtidos, bem como o confronto dos mesmos com a investigação no domínio

Analisando os resultados das estatísticas descritivas da escala das NPB (BMPN), é possível concluir que cerca de 50% da população reagiu à escala considerando ter menor grau de satisfação das necessidades psicológicas básicas, ao passo que a mesma percentagem (50%) julgou ter maior grau de satisfação das mesmas. Tal como no estudo de Mourão, Alves, Monteiro e Cid (2015), estes valores podem ser explicados pela perceção do grau de satisfação das necessidades tendo por base a importância do papel da modelação, através do qual estas se fazem sentir.

No que concerne à variável sexo, observaram-se resultados estatisticamente significativos em relação à satisfação e frustração da necessidade de relacionamento, precisamente no sexo feminino, o que sugere que as meninas podem ter maior perceção das suas necessidades psicológicas básicas em relação com o sexo masculino desta amostra. Note-se, no entanto, tal como referem Murcia, Blanco, Galindo, Villodre e Coll (2007), que a maioria dos estudos que analisaram as variáveis sexo e idade, fizeram-no em contextos educativos ou em ambientes desportivos (através de fatores motivacionais), sendo que foram encontrados poucos trabalhos que tivessem estas variáveis em consideração face ao comportamento de saúde. Por conseguinte, esta discussão irá debruçar-se sobre as variáveis idade e sexo nas NPB e na AE de uma forma geral, tendo como sustentação empírica investigações que as tenham explorado noutro tipo de população e contexto. No seu estudo Leal, Miranda e Carmo (2013), verificaram que o sexo feminino apresenta valores mais elevados nos indicadores face à motivação intrínseca e identificada. Sendo estes dois dos vários tipos de motivação, e um preditor para a satisfação das necessidades psicológicas básicas, os resultados obtidos por estes autores vão ao encontro dos alcançados nesta investigação. Uma vez que em ambos os estudos o sexo feminino se destacou pela pontuação face à satisfação da necessidade de relacionamento e como este resulta de níveis motivacionais elevados, os autores referidos anteriormente, confirmam que o sexo feminino é mais autodeterminado face à orientação motivacional. Na mesma linha e em relação ao desempenho escolar, os estudos de Falcão e Rosa (2008) (citado por Leal, Miranda & Carmo, 2013), verificaram que o grupo feminino apresenta um nível de motivação intrínseca superior em relação aos estudantes de sexo masculino. Pela elevada pontuação na frustração de relacionamento no sexo feminino em comparação com o sexo masculino, uma possível explicação fornecida por Granero-Gallegos, Baena-Extremera, Sánchez-Fuentes e Martínez-Molina (2014), é justificada pela falta de

reforço positivo que as mesmas possam receber, por exemplo nas atividades de educação física, em comparação com os rapazes.

Quando associados aos resultados desta investigação, os estudos e a revisão da literatura, é possível fazer a ponte para os comportamentos de saúde em crianças. Como o sexo feminino mostrou ter valores superiores face à motivação intrínseca e identificada, é possível que perante a adoção de comportamentos mais saudáveis, estas apresentem maior volição, e consequentemente mais sucesso, quando reforçadas por alguém significativo. Esta sensação de suporte e apoio, promovem a satisfação das suas necessidades psicológicas no geral, nomeadamente a satisfação de relacionamento. O inverso pode proporcionar frustração do relacionamento, uma vez que são desenvolvidas motivações pouco satisfatórias e um pobre desempenho no comportamento de saúde, influenciando, por exemplo, o processo de perda de peso (Barbosa-Rinaldi, Miranda & Vieira, 2016).

Em relação às hipóteses formuladas para a variável idade em relação à satisfação de autonomia e relacionamento, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quando comparados os grupos de crianças mais novas com as crianças mais velhas. Segundo Appel-Silva, Wendt e Argimon (2010), os conceitos da TAD foram aplicados em pesquisas a todas as faixas etárias. No que concerne à satisfação da autonomia em crianças mais velhas, por exemplo em contexto desportivo, os estudos de Murcia e colaboradores (2007) (citado por Gomes, Miranda, Filho & Brandão, 2012), constataram que com o desenvolvimento da idade, os motivos que estimulam a prática desportiva estão cada vez mais associados com fatores sociais e emocionais, como a diversão, a companhia e a interação social. Estes motivos, quando sustentados por motivações intrínsecas, refletem-se através de uma regulação mais autónoma, e consequentemente na satisfação da necessidade de autonomia e relacionamento. Do mesmo modo, e como referido na revisão da literatura, os estudos de Teixeira e Silva (2013) confirmam o pressuposto de que quando as necessidades psicológicas básicas estão satisfeitas, estas estão associadas a motivações mais autónomas. Os autores encontraram ainda evidências de que quanto maior o grau de satisfação das NPB (Necessidades Psicológicas Básicas), mais autónomas são as regulações direcionadas para a mudança comportamental. O estudo efetuado por Deci, La Guardia, Moller, Scheiner e Ryan (2006) (citado por Appel-Silva, Wendt & Argimon, 2010), vai ao encontro do que foi mencionado, uma vez que verificou que o suporte entre adolescentes com relações de amizade pode promover o desenvolvimento do grau da satisfação através do vínculo emocional, pelos sentimentos de segurança e inclusão da amizade na ideia de *self*. Tal pode ser associado à população deste estudo, uma vez que se trata de crianças em idade escolar e em pleno estado de desenvolvimento, reforçando a importância das relações de amizade no crescimento individual pelo carácter de intimidade, proximidade, diversão, satisfação e trocas afetivas (Silva & Garcia, 2008). Estes resultados estão de acordo com o revisto pela literatura e vão ao encontro com os valores obtidos neste estudo.

Associando o comportamento de saúde, à idade e à satisfação de autonomia e relacionamento, Appel-Silva, Wendt e Argimon (2010), afirma que a satisfação das necessidades de autonomia, competência e relacionamento permitem atenuar a progressão de sintomas depressivos e de ansiedade. Os estudos que têm sido desenvolvidos na área da saúde, têm demonstrado que a satisfação das necessidades desempenha um papel fundamental para a saúde e bem-estar, inclusive, com o poder de atenuar a vulnerabilidade psicológica ou mesmo sintomatologias de estados patológicos. Deste modo, a associação encontrada entre a idade e a satisfação das necessidades, poderá ser explicada pela constante sensibilização para a importância da saúde e para a adoção de comportamentos mais saudáveis em crianças desde cedo, através da escola ou de valores inculcados pelos pais.

No que concerne à AE (Autoeficácia) (EAEAG), aproximadamente 46.4% da população pontou baixa percepção de AE, ao passo que 53.6% obteve um score superior. Relativamente ao sexo, destacou-se o grupo masculino com uma média mais elevada em relação à percepção de AE comparativamente com o sexo feminino. Na investigação acerca da atividade física de Nazario, Caruzzo, Lima, Santos, Vieira e Contreira (2013), os resultados obtidos reforçam os dados do presente estudo, verificando que o sexo masculino obteve níveis significativamente superiores de AE. Seguindo a mesma linha de raciocínio, também nesta amostra o sexo masculino evidenciou ter maior percepção das suas competências de autoeficácia. Segundo o estudo de Anthony e Artino, (2012), a percepção de auto-eficácia no sexo feminino apresentam valores mais baixos face à percepção das suas capacidades, nomeadamente com o avançar da idade. No entanto para além destes autores, também Neves (2002) e Pajares (2003) (citado por Dobarro & Brito, 2010), confirmam a dificuldade em encontrar estudos com resultados estatisticamente significativos para a variável sexo e a auto-eficácia em crianças com idade escolar primária.

No que concerne ao teste de hipótese para a variável idade em relação à percepção de AE, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no grupo das crianças mais novas. De acordo com Rodrigues e Barrera (2007), para as crianças que se encontrem no início do percurso escolar a escola torna-se numa importante fonte de realizações, contribuindo para o desenvolvimento de sentimentos positivos de autoeficácia quando os alunos são bem-sucedidos. Para tal, segundo este autor, os julgamentos de auto-eficácia atuam como mediadores entre as competências reais (aptidões, conhecimentos e habilidades) e o próprio desempenho. Segundo os estudos de Pelletier, Séguin-Lévesque e Legault (2002) (citado por Appel-Silva, Wendt & Argimon, 2010), professores que desenvolvam nos seus alunos competências de autonomia, mas que continuem a dar-lhes suporte, tendem a ter alunos mais autónomos e conseqüentemente mais auto-eficazes para a aprendizagem em sala de aula. Nesta linha, um estudo realizado por Reeve (2006) (citado por Appel-Silva, Wendt & Argimon, 2010), indicou que um ambiente que promova autonomia no aluno, beneficia o nível de

aprendizagem e de interação precisamente pela elevada percepção de autoeficácia. Tendo por base os resultados obtidos, estes corroboram o que foi encontrado na revisão da literatura.

No que diz respeito aos comportamentos de saúde, os resultados apresentados em cima, podem explicar as razões pelas quais, o sexo masculino tem tendência a apresentar níveis mais baixos de obesidade em comparação com as mulheres. A proporção do número de meninos que praticam exercício físico, é muito superior em relação ao das meninas, o que parece explicar o motivo pelo qual o sexo masculino é muito mais influente no nível de atividade física. Tal pode promover neles níveis superiores de percepção de autoeficácia, e consequentemente, desenvolver a noção da importância dos comportamentos de saúde (Wilson-Barlow, Hollins & Clopton, 2014). As estatísticas mostram que em Portugal cerca de 31,5% das crianças, entre os 9 e os 16 anos, são obesas ou sofrem de excesso de peso, pelo que o sexo feminino se destaca pela taxa de obesidade. Uma alimentação incorreta e a falta de prática de atividade física, são a base desta situação (Rojas & Gutiérrez, 2014).

Quando elaborada uma associação entre os domínios de satisfação e frustração da escala das necessidades (BMPN) com a escala da autoeficácia (EAEAG), foi possível concluir que estes domínios têm influências significativas entre si. Através do estudo de Nazario, Caruzzo, Lima, Santos, Vieira e Contreira (2013), foi possível verificar que a motivação intrínseca está diretamente relacionada com a autoeficácia e a autodeterminação. Foi possível confirmar esta informação, através dos resultados obtidos no presente estudo através correlação entre as NPB e a AE. Os resultados apontaram para uma associação entre a AE e a satisfação das necessidades de autonomia, competência e relacionamento, tal como corroborado nos estudos de Nazario, Caruzzo, Lima, Santos, Vieira e Contreira (2013). Segundo estes autores, foi possível constatar que à medida que são satisfeitas as necessidades psicológicas básicas, ocorre também um aumento da motivação extrínseca e na motivação intrínseca, influenciando a percepção de autoeficácia no indivíduo. Tal pode ser associado na adoção de comportamentos mais saudáveis. Tendo por base os resultados obtidos, estes corroboram o que foi encontrado na revisão da literatura, reforçando a importância do reforço motivacional na satisfação das NPB. Relativamente à autoeficácia associada à frustração de competência e relacionamento, os estudos de França, Biagini, Mudesto e Alves (2012), mostraram que quando o sujeito não consegue reunir condições para satisfazer todas as suas necessidades (por exemplo, ter sucesso escolar), aquele vai associar que não tem competências/capacidades para concretizar o seu objetivo. Para esta amostra em concreto, tal pode ser justificado ao nível de exigência atribuído ao ensino privado, a professores que não promovam competências de satisfação de autonomia, competência e relacionamento aos seus alunos ou a ambientes de sala de aula que não estimulam as três necessidades psicológicas (Appel-Silva, Wendt & Argimon, 2010).

Para finalizar, através da regressão linear múltipla, foi possível concluir com mais afinco que a satisfação de autonomia, de competência e a frustração de relacionamento foram as variáveis que se revelaram como preditoras da autoeficácia. A auto-eficácia estabelece-se na noção de autonomia e competência pessoal, visto que é este domínio que permite aos indivíduos calcular a possibilidade de efetuar as tarefas nas quais se envolvem. Dessa forma, o estudo de Martinelli e Sassiv (2010), mostrou que o indivíduo é capaz de elaborar novas estratégias e de mudar cursos de ação, com o intuito de melhorar os seus processos cognitivos, emocionais e motivacionais. Essas condutas permitem ainda que o indivíduo desenvolva crenças pessoais a respeito do sucesso e dos objetivos pretendidos. Em relação à frustração, os estudos de França, Biagini, Mudesto e Alves (2012), verificaram que uma baixa autoeficácia está relacionada com pensamentos desajustados quanto às capacidades pessoais e de relacionamento, sendo este também um preditor de AE. Os resultados obtidos para esta amostra corroboram o que foi encontrado na revisão da literatura. Foi possível concluir com mais afinco que a satisfação de autonomia, de competência e a frustração de relacionamento foram as variáveis que se revelaram como preditoras da autoeficácia.



## Conclusão

A promoção/prevenção dos comportamentos de saúde tem se tornado num objetivo à escala global para entidades políticas e de saúde. Em Portugal, a Direção Geral de Saúde levou a cabo o “Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde Relacionados com os Estilos de Vida” com a finalidade de desenvolver contribuições para a saúde e para a qualidade de vida.

As variáveis psicossociais têm sido estudadas precisamente para entender, explicar, prever e mudar comportamentos relacionados com a saúde. No que concerne a este estudo, este debruçou-se particularmente sobre os fatores das necessidades psicológicas básicas e da autoeficácia associados à adesão e manutenção desses comportamentos, tendo como sustentação empírica a teoria da autodeterminação e a teoria social cognitiva.

Os objetivos deste estudo pretendiam verificar se existia alguma relação entre as Necessidades psicológicas e a Autoeficácia, e perceber quais as variáveis sociodemográficas que podem ter influência nas Necessidades Psicológicas básicas e na Autoeficácia. Nessa perspectiva a resposta a estes objetivos contribuiu para conhecer a influência das necessidades e da autoeficácia nos comportamentos de saúde, bem como para compreender como é que os processos motivacionais se associam aos comportamentos de saúde.

Os resultados da presente investigação sugerem que os participantes do sexo feminino tiveram pontuações mais elevadas no grau de satisfação e frustração da necessidade de relacionamento quando comparado com o sexo masculino. Em relação à perceção da autoeficácia, o sexo masculino obteve pontuações mais elevadas em comparação com o feminino, mostrando evidências de poder ser mais autoeficaz. No que concerne à idade, o grupo das crianças mais velhas mostraram níveis mais elevados referentes ao grau de satisfação da necessidade de autonomia e de relacionamento. Por fim, o grupo das crianças mais novas apenas se destacou em relação à perceção de autoeficácia. Os resultados obtidos sugerem, tal como esperado, uma associação positiva entre o grau de satisfação das necessidades psicológicas e a perceção de autoeficácia. As alterações comportamentais acontecem quando as necessidades psicológicas básicas estão satisfeitas e existe perceção acerca das competências reais para a realização de uma tarefa, nomeadamente na adoção de comportamentos de saúde. Foi possível verificar que a satisfação da autonomia e da competência se revelaram predictoras de autoeficácia. Quer isto dizer que a satisfação das necessidades de autonomia e competência, promovem o desenvolvimento da perceção de autoeficácia nos indivíduos.

Após realizar uma profunda e exaustiva revisão da literatura acerca de toda a temática envolvente, foi possível verificar que este estudo é uma mais valia na área, na medida em que se debruçou sobre domínios de importância (comportamento de saúde, necessidades psicológicas básicas e autoeficácia) e que, tem tido algum destaque na prevenção e promoção da saúde. A pertinência da área dos comportamentos alimentares e de saúde tem tomado proporções relevantes nos últimos tempos, precisamente pela crescente taxa dos comportamentos de risco, por um lado, quer pela importância do trabalho de prevenção e de promoção de comportamentos promotores de saúde, onde a alimentação assume um papel fundamental, como foi possível enunciar desde a componente de revisão da literatura.

Face aos contributos associados a este estudo, foi possível verificar que apesar da escala das necessidades psicológicas básicas (BMPN) ser extremamente recente, esta tem um excelente suporte empírico, como indicado nos estudos de validação da estrutura levados a cabo por Sheldon e Hilpert (2012), e Cordeiro, Paixão, Lens, Lacante e Sheldon (2015). Foram tidos em consideração esses indicadores, bem como as sugestões que a literatura da área disponibilizava para a utilização desta medida (balanceada) na avaliação das necessidades psicológicas básicas (por comparação a medidas não balanceadas). Para não esquecer que a evidência prévia da sua adequação, foi tida em consideração, daí a sua inclusão no presente estudo. Por seu turno, a escala da autoeficácia (EAEAG) mostrou ser um instrumento de fácil e rápida aplicação nesta amostra. Estes contributos são evidentes através de aspetos relacionados com o seu preenchimento: reduzido tempo e ausência de itens que levantam dúvidas.

Relativamente aos resultados obtidos, poderá ser pertinente para estudos futuros, investigar as variáveis sociodemográficas que aqui não foram tidas em consideração. Poderá servir de contributo tentar entender a o porquê das variáveis idade e sexo, terem sido significativas em relação à temática das necessidades e da autoeficácia, através de outro ponto de vista (e.g. questões do foro desenvolvimental, influência da maturidade ou do contexto). Também deveria ser tido em conta, este tipo de estudo perante outro tipo de populações e diferentes contextos, para além do ambiente escolar e desportivo.

Como sugestão para estudos futuros, será pertinente desenvolver investigações que tenham em consideração fatores externos na mudança comportamental e estratégias para as ultrapassar, nomeadamente no que concerne às influências socioeconómicas na mudança comportamental. Uma vez que a satisfação de autonomia conduz a uma maior adesão à mudança comportamental, devem ser desenvolvidas estudos e estratégias no contexto da saúde clínica, que permitam que os profissionais forneçam estratégias de suporte e autonomia aos utentes. Também devem ser tidos em consideração estudos que destaquem a necessidade de integrar com os sujeitos nos seus contextos específicos, aquando o

planeamento de programas de intervenção e promover ambientes de cuidados de saúde promotores de autonomia e de competência.

Uma das principais limitações deste estudo pretendeu-se pela dificuldade em encontrar bibliografia que relacionasse as necessidades psicológicas básicas e a autoeficácia, precisamente no comportamento de saúde. No que concerne aos comportamentos de saúde, verificou-se a existência de vários estudos acerca dos comportamentos de riscos e consequências dos mesmos, sendo que se verificou uma lacuna na quantidade de bibliografia disponível específica para comportamentos de saúde. Na mesma linha, foi possível observar que existe uma panóplia de estudos que se debruçam sobre as necessidades, e consequentemente sobre os fatores motivacionais subjacentes, e autoeficácia em contexto escolar e desportivo. Face ao tema central desta investigação, não foram encontrados estudos/bibliografia que relacionassem todas as temáticas especificamente no contexto dos comportamentos de saúde. No entanto, convém ressaltar a importância dos estudos levado a cabo pela equipa do Professor Pedro Teixeira da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, no âmbito da Teoria da Autodeterminação. É de salientar o vasto contributo na área da auto-regulação e necessidades psicológicas básicas no comportamento alimentar.

Outra limitação prende-se pela escala das necessidades psicológicas básicas (BMPN) ser recente. Para além dos poucos estudos encontrados acerca dos resultados que esta obteve, a escala tem sido utilizada para avaliar a satisfação das necessidades psicológicas básicas em jovens (ensino secundário) e adultos, mas não em crianças. Foi possível observar aquando a aplicação da escala as dificuldades de compreensão que algumas crianças apresentaram em relação à linguagem e aos termos técnicos de algumas questões. Faz sentido adaptar a linguagem da escala promovendo uma maior compreensão dos itens e, consequentemente, evitando inferências dos resultados. Uma das funções deste trabalho também passaria por permitir este contacto com outros potenciais participantes e contribuir para o levantamento de aspetos a considerar no futuro<sup>10</sup>.

Não menos importante é o fato de se ter assistido, nos últimos anos, a uma massificação de processos de investigação por questionário em meio escolar, uma contingência que poderá ter condicionado a motivação e a atenção dos participantes (Simões & Alarcão, 2013), uma vez que se manifestaram acerca deste fato ao longo do preenchimento do questionário para este estudo.

---

<sup>10</sup> Note-se, no entanto, que as dificuldades sinalizadas pelos respondentes foram resolvidas pelas instruções e esclarecimentos dos investigadores e não invalidaram a compreensão no geral do que era pretendido pelos itens.

Os resultados obtidos acabaram por dificultar o decorrer do restante trabalho. Após realizar algumas análises, a maioria dos resultados não apontavam para diferenças estatisticamente significativas quando comparadas algumas variáveis sociodemográficas com as necessidades e a autoeficácia. Existem dados que poderiam ter sido explorados de outra forma e que permitiriam uma análise mais profunda das relações entre as variáveis. Tal retraiu a análise dos dados, sendo opção utilizar apenas as variáveis sexo e idade. Mais uma vez, no momento da discussão, a escassez de estudos encontrados capaz de relacionar todas as temáticas em estudo com as variáveis em questão, levantou grandes dificuldades na interpretação dos dados. Seria pertinente, para investigações futuras, ter em consideração outro tipo de análises em benefício dos dados, de estudos que dessem continuidade e que fossem mais inovadores no conhecimento e cruzamento destas e outras variáveis, e que por isso, carece de continuidade. Uma condicionante poderá ser o facto de se tratar de um trabalho desenvolvido no âmbito de uma tese de Mestrado, temporalmente circunscrita e com objetivos definidos e que, no futuro, há aqui resultados que não foram ao encontro do esperado que poderão ser desenvolvidos para se tentar analisar e compreender possíveis explicações.

## Bibliografia

- Aaronson, N., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bucquet, D., Bullinger, M., &... Ware, J. (1992). International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation*, 1, 349-351.
- Albuquerque, L., Cavalcante, A., Almeida, P. & Carrapeiro, M. (2016). Relação da obesidade com o comportamento alimentar e o estilo de vida de escolares brasileiros. *Nutrición clínica y Dietética Hospitalaria*, 36 (1), 17-23.
- Almeida, R. & Malagris, L. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14 (2), 183-202.
- Amoedo, N. & Juste, R. (2016). Evaluación de la autoeficacia y de la autoestima en el rendimiento deportivo en Judo. *Retos*, 29, 109-113.
- Anthony, R. & Artino, J. (2012). Academic self-efficacy: from educational theory to instructional practice. *Perspectives on Medical Education*, 1, 76-85.
- Appel-Silva, M., Wendt, G. & Argimon, I. (2010). A teoria da autodeterminação e as influências socioculturais sobre a identidade. *Psicologia em Revista*, 16 (2), 351-369.
- Azevedo, E. & Ribas, M. (2016). Estamos seguros? Reflexões sobre indicadores de avaliação da segurança alimentar e nutricional. *Revista de Nutrição*, 29 (2), 241-251.
- Azzi, R. (2010). Mídias, transformações sociais e contribuições da teoria social cognitiva. *Psico*, 41 (2), 252-258.
- Bandura, A. (1991). Social Cognitive Theory of Self-Regulation. *Organizational Behavior and human decision processes*, 50, 248-287.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 21-41.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Barros, M. & Batista-dos-Santos, A. (2010). Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. *Revista Espaço Acadêmico*, 112, 1-9.

- Batista, M., Honório, S., Martins, J., Massuça, L. & Fonseca, F. (2015). Obesidade infantil e estilos de vida - Caracterização de crianças do 1º ciclo do Entrocamento - Portugal. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 9 (54), 243-250.
- Beja, A., Ferrinho, P. & Craveiro, I. (2014). Evolução da prevenção e combate à obesidade de crianças e jovens em Portugal ao nível do planeamento estratégico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (1), 10-17.
- Belem, I., Rigoni, A., Santos, V., Vieira, J. & Vieira, L. (2016). Associação entre comportamentos de risco para a saúde e fatores sociodemográficos em universitários de educação física. *Motricidade*, 12 (1), 3-16.
- Beluce, A. & Oliveira, K. (2016). Escala de estratégias e motivação para aprendizagem em ambientes virtuais. *Revista Brasileira de Educação*, 21 (66), 593-610.
- Bezerra, I. & Sorpreso, I. (2016). Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. *Journal of Human Growth and Development*, 26 (1), 11-16.
- Brito, A., Hardman, C. & Barros, M. (2015). Prevalência e fatores associados à simultaneidade de comportamentos de risco à saúde em adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria*, 33 (4), 423-430.
- Calvetti, P., Muller, M. & Nunes, M. (2007). Psicologia da Saúde e Psicologia Positiva: Perspectivas e Desafios. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27 (4), 706-717.
- Canelas, H., Correia, F., Oliveira, B. & Póinhos, R. (2013). Desenvolvimento e Validação de uma Escala de Auto-eficácia Alimentar. *Alimentação Humana*, 19 (2), 65-72.
- Cardoso, S., Santos, O., Nunes, C. & Loureiro, I. (2015). Escolhas e hábitos alimentares em adolescentes: associação com padrões alimentares do agregado familiar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33 (2), 128-136.
- Castiel, L., Ferreira, M. & Moraes, D. (2014). Os riscos e a promoção do autocontrole na saúde alimentar: moralismo, biopolítica e crítica parresiasista. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (5), 1523-1532.
- Castro, C. & Musgrove, P. (2016). Why education and health are more different than alike. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, 24 (91), 477-491.
- Chatzisarantis, N., Hagger, M., Biddle, S., Smith, B. & Wang, J. (2003). A meta-analysis of perceived locus of causality in exercise, sport, and physical education contexts. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 25, 284-306.
- Cordeiro, P., Paixão, P., Lens, W., Lacante, M. & Luyckx, K. (2016). The Portuguese Validation of the Basic Psychological Need Satisfaction and Frustration Scale:

- Concurrent and Longitudinal Relations to Well-being and Ill-being. *Psychologica Belgica*, 56 (3), 193-209.
- Cordeiro, P., Paixão, P., Lens, W., Lacante, M. & Sheldon, K. (2016). Factor structure and dimensionality of the balanced measure of psychological needs among Portuguese high school students. Relations to well-being and ill-being. *Learning and Individual Differences*, 47, 51-60.
- Coutinho, C. (2006). Aspectos metodológicos da investigação em tecnologia educativa em Portugal (1985-2000). *Colóquio da Secção Portuguesa da Association Francophone Internation de Recherche Scientifique en Education* , 1-12. Lisboa.
- Deci, E. & Ryan, R. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology*, 49 (3), 182-185.
- Deci, E. & Ryan, R. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11 (4), 227-268.
- Deci, E. & Ryan, R. (2004). *Handbook of Self-Determination Research*. USA: University of Rochester Press .
- Dobarro, V. & Brito, M. (2010). Atitude e Crença de Autoeficácia: Relações com o Desempenho em Matemática. *Educação, Matemática e Pesquisa*, 12 (2), 199-220.
- Filho, D. & Júnior, J. (2009). Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). *Revista Política Hoje*, 18 (1), 115-146.
- Fleck, M. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (1), 33-38.
- França, C., Biaginni, M., Mudesto, A. & Alves, E. (2012). Contribuições da psicologia e da nutrição para a mudança do comportamento alimentar. *Estudos de Psicologia*, 17 (2), 337-345.
- Gagné, M. & Deci, E. (2005). Self-Determination Theory and Work Motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 26 (4), 331-362.
- Gomes, S., Miranda , R., Filho, M. & Brandão, M. (2012). O fluxo no voleibol: Relação com a motivação, autoeficácia, habilidade percebida e orientação às metas. *Revista de Educação Física*, 23 (3), 379-387.
- Graça, P. & Gregório, M. (2015). Estratégia para a promoção da alimentação saudável em Portugal. *Revista da Direção-Geral de Saúde*, 4, 37-41.

- Granero-Gallegos, A., Baena-Extremera, A., Sánchez-Fuentes, J. & Martínez-Molina, M. (2014). Perfiles motivacionales de apoyo a la autonomía, autodeterminación, satisfacción, importancia de la educación física e intención de práctica física en tiempo libre. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14 (2), 59-70.
- Gunnell, K., Crocker, P., Mack, D., Wilson, P. & Zumbo, B. (2014). Goal contents, motivation, psychological need satisfaction, well-being and physical activity: A test of self-determination theory over 6 months. *Psychology of Sport and Exercise*, 15, 19-29.
- Hagger, M., Hardcastle, S., Chater, A., Mallett, C., Pal, S. & Chatzisarantis, N. (2014). Autonomous and controlled motivational regulations for multiple health-related behaviors: between- and within-participants analyses. *Health Psychology & Behavioural Medicine*, 2 (1), 565-601.
- Holsten, J., Deatrick, J., Kumanyika, S. & Pinto-Martin, J. (2012). Children's food choice process in the home environment. A qualitative descriptive study. *Appetite*, 58, 64-73.
- Kline, R. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York: The Guilford Press.
- Kyle, T., Mendo, A., Garrido, R. & Sánchez, V. (2016). Efectos de la actividad física en el autoconcepto y la autoeficacia en preadolescentes. *Retos*, 29, 61-66.
- Lasikiewicz, N., Myrissa, K., Hoyland, A. & Lawton, C. (2014). Psychological benefits of weight loss following behavioural and/or dietary weight loss interventions. A systematic research review. *Appetite*, 72, 123-137.
- Leal, E., Miranda, G. & Carmo, C. (2013). Teoria da Autodeterminação: uma Análise da Motivação dos Estudantes do Curso de Ciências Contábeis. *Revista de Contabilidade e Finanças*, 24 (62), 162-173.
- Lima-Serrano, M., Lemos, I. & Nunes, C. (2013). Adolescent quality of life and health behaviors: a comparative study between adolescents from the south of Portugal and Spain. *Texto e Contexto Enfermagem*, 24 (2), 893-900.
- Machado, M., Gubert, F., Meyer, A., Sampaio, Y., Dias, M., Almeida, A., & ... Chaves, E. (2015). The health school programme: a health promotion strategy in primary care in Brazil. *Journal of Human Growth and Development*, 25 (3), 307-312.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística - Com Utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 65-90.

- Martinelli, S. & Sassi, A. (2010). Relações entre Autoeficácia e Motivação Acadêmica. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 30 (43), 780-791.
- Martinez, L. & Ferreira, A. (2007). *Análise de Dados com SPSS: Primeiros Passos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Martins, A. & Ribeiro, J. (2008). Desenvolvimento e validação da Escala de Auto-Eficácia para Utilizadores de Cadeira de Rodas. *Análise Psicológica*, 1 (26), 135-145.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM e SPSS: saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições .
- Martins, N. & Tavares, D. (2015). Comportamentos de saúde e variáveis antropométricas entre idosos com e sem hipertensão arterial sistêmica. *Texto e Contexto Enfermagem*, 24 (1), 47-54.
- Mata, L., Carvalho, E., Gomes, C., Silva, A. & Pereira, M. (2015). Autoeficácia e morbidade psicológica no pós-operatório de prostatectomia radical. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23 (5), 806-813.
- Matos, M. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3 (22), 449-462.
- Matos, M., Marques, A., Calmeiro, L. & Loureiro, N. (2014). Diferentes perfis comportamentais em adolescentes e associação à prática de de actividade física. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15 (2), 495-509.
- McLachlan, S. & Hagger, M. (2011). Do people differentiate between intrinsic and extrinsic goals for physical activity? *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 33, 273-288.
- Mendes, K. & Catão, L. (2010). Avaliação do consumo de frutas, legumes e verduras por adolescentes de Formiga-MG e sua relação com fatores socioeconômicos. *Alimentação e Nutrição*, 21 (2), 291-296.
- Milyavskaya, M. & Koestner, R. (2011). Psychological needs, motivation, and well-being: A test of self-determination theory across multiple domains. *Personality and Individual Differences*, 50, 387-391.
- Mourão, J., Alves, S., Monteiro, D. & Cid, L. (2015). O papel de mediação das necessidades psicológicas na associação entre o suporte de autonomia e o bem-estar psicológico em praticantes de fitness. *Motricidade*, 11 (2), 29-40.
- Murcia, J., Blanco, M., Galindo, C., Villodre, N. & Coll, D. (2007). Efeitos do gênero, a idade e a frequência de prática na motivação e o desfrute do exercício físico. *Fitness Performance*, 6 (3), 140-146.

- Nazario, P., Caruzzo, N., Lima, F., Santos, V., Vieira, J. & Contreira, A. (2013). Níveis de motivação em nadadores: uma comparação em relação a autoeficácia, sexo e categorias da modalidade. *Revista Bromotriz*, 7 (1), 28-38.
- Ng, J., Ntoumanis, N., Thogersen-Ntoumani, C., Deci, E., Ryan, R., Duda, J. & Williams, G. (2012). Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis. *Psychological Science*, 7 (4), 325-340.
- Niemiec, C., Ryan, R., Deci, E. & Williams, G. (2009). Aspiring to physical health: the role of aspirations for physical health in facilitating long-term tobacco abstinence. *Patient Education and Counseling*, 75, 250-257.
- Ntoumanis, N., Edmunds, J. & Duda, J. (2009). Understanding the coping process from a self-determination theory perspective. *British Journal of Health Psychology*, 14, 249-260.
- Padez, C., Fernandes, T., Mourão, I., Moreira, P. & Rosado, V. (2004). Prevalence of Overweight and Obesity in 7-9-Year-Old Portuguese Children: trends in body mass index from 1970-2002. *American Journal of Human Biology*, 16, 670-678.
- Pereira, A. & Patrício, T. (2013). *Guia Prático de Utilização do SPSS - Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais - Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pires, A., Cid, L., Borrego, C., Alves, J. & Silva, C. (2010). Validação preliminar de um questionário para avaliar as necessidades psicológicas básicas em Educação Física. *Motricidade*, 6 (1), 33-51.
- Pizani, J., Barbosa-Rinaldi, I., Miranda, A. & Vieira, L. (2016). (Des) motivação na educação física escolar: uma análise a partir da teoria da autodeterminação. *Revista Brasileira de Ciências do Desporto*, 38 (3), 259-266.
- Reeve, J. (2009). *Motivación y Emoción*. México: McGraw-Hill.
- Reis, J. (1999). Modelo metateórico da Psicologia da Saúde para o séc. XXI: Interação ou integração biopsicossocial? *Análise Psicológica*, 3 (17), 415-433.
- Ribeiro, J. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2 (23), 387-397.
- Rodgers, W. & Loitz, C. (2009). How do we encourage our clients to be active? *ACSM's Health and Fitness Journal*, 13, 7-12.

- Rodrigues, A. & Costa, E. (2013). Locus de controlo, auto-eficácia e qualidade de vida na diabetes tipo 1. *Psicologia, saúde e doenças*, 14 (3), 389-404.
- Rodrigues, L. & Barrera, S. (2007). Auto-eficácia e desempenho escolar em alunos do Ensino Fundamental. *Psicologia em Pesquisa*, 1 (2), 41-53.
- Rojas, Y. & Gutiérrez, Y. (2014). Programas de promoción y prevención para el abordaje de la obesidad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 19 (2), 111-126.
- Rothman, A. (2000). Toward a theory-based analysis of behavioral maintenance. *Health Psychology*, 19 (1), 64-69.
- Ryan, R., Patrick, H., Deci, E. & Williams, G. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European health psychologist*, 10, 2-5.
- Sánchez-Oliva, D., Leal, J., Marreiros, J., González, J. & Garcia-Calvo, T. (2014). Validação do Questionário de Apoio às Necessidades Psicológicas Básicas em Portugal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27 (4), 615-624.
- Sawyer, S., Afifi, R., Bearinger, L., Blakemore, S., Dick, B., Ezeh, A. & Patton, G. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, 379 (9826), 1630-1640.
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17 (1), 29-41.
- Sebire, S., Standage, M. & Vansteenkiste, M. (2011). Predicting Objectively Assessed Physical Activity From the Content and Regulation of Exercise Goals: Evidence for a Mediation Model. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 33, 175-197.
- Self-Determination Theory. (2015). Consultado em 19/11/2015. No site <http://www.selfdeterminationtheory.org/>
- Sheldon, K. & Hilpert, J. (2012). The balanced measure of psychological needs (BMPN) scale: An alternative domain general measure of need satisfaction. *Motivation and Emotion*, 36, 439-451.
- Silva, D., Vaz, A., Rego, C., Dias, C., Azevedo, L. & Guerra, A. (2014). Avaliação de atitudes e comportamentos alimentares em crianças e adolescentes obesos referenciados a uma consulta hospitalar vs. uma comunidade escolar. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 9 (2), 111-115.
- Silva, G. & Garcia, A. (2008). Os primórdios da amizade na infância: a perspectiva materna. *Paidéia*, 18 (41), 591-604.

- Silva, L., Cotta, R. & Rosa, C. (2013). Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34 (5), 343-350.
- Silva, M., Marques, M. & Teixeira, P. (2014). Testing theory in practice: The example of self-determination theory-based interventions. *The European Health Psychologist*, 16 (5), 171-180.
- Simões, F. & Alcarão, M. (2013). Satisfação de Necessidades Psicológicas Básicas em Crianças e Adolescentes: Adaptação e Validação da ESNPBR. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26 (2), 261-269.
- Snoek, H., Engels, R., Strien, T. & Otten, R. (2013). Emotional, external and restrained eating behaviour and BMI trajectories in adolescence. *Appetite*, 67, 81-87.
- Soares, A., Pereira, M. & Canavarro, J. (2014). Saúde e Qualidade de vida na transição para o Ensino Superior. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15 (2), 356-379.
- Sousa, P., Gaspar, P., Fonseca, H., Hendricks, C. & Murdaugh, C. (2015). Health promoting behaviors in adolescence: validation of the Portuguese version of the Adolescent Lifestyle Profile. *Jornal de Peditaria*, 91 (4), 358-365.
- Teixeira, J. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 3 (22), 441-448.
- Teixeira, J. & Silva, M. (2013). Eu quero, posso e escolho: necessidades psicológicas básicas e motivação em utentes do ginásio? *Revista Gymnasium*, 4 (2), 130-151.
- Thomas, C. & Castro, E. (2012). Personalidade, comportamentos de saúde e adesão ao tratamento a partir do modelo dos cinco grandes fatores: uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 13 (1), 100-109.
- Todendi, P., Borges, T., Schwanke, N., Garcia, E. & Krug, S. (2012). Obesidade: estratégias de prevenção da saúde em ambiente escolar. *Cinergis*, 13 (3), 1-8.
- Viner, R., Ozer, E., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A. & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379 (9826), 1641-1652.
- WHO. (1986). Report of an International Conference on Health Promotion. *Health Promotion: an International Journal*, 1 (4), 405-460.
- WHO. (1998). *The world health report 1998 - Life in the 21st century: a vision for all*. Geneve: World Health Organization.

Comportamento de Saúde: Estudo Exploratório da relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas e a Autoeficácia alimentar

- Williams, G., McGregor, H., King, D., Nelson, C. & Glasgow, R. (2005). Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: relationship to autonomy support from physicians. *Patient Education And Counseling*, 57, 39-45.
- Wilson-Barlow, L., Hollins, T. & Clopton, J. (2014). Construction and validation of the healthy eating and weight self-efficacy (HEWSE) scale. *Eating Behaviors*, 15, 490-492.
- Young, M., Plotnikof, R., Collins, C., Callister, R. & Morgan, P. (2014). Social cognitive theory and physical activity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 15, 983-995.
- Zeldman, A., Ryan, R. & Fiscella, K. (2004). Motivation, autonomy support, and entity beliefs: their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 675-696.

Comportamento de Saúde: Estudo Exploratório da relação entre as Necessidades Psicológicas Básicas e a Autoeficácia alimentar

## **ANEXOS**