INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA

DESEJABILIDADE SOCIAL, PERCEÇÃO DE COMPETÊNCIA E TIPO DE MOTIVAÇÃO NA PERDA DE PESO

Trabalho submetido por
Mariana Serrano Nunes Moreira
para a obtenção do grau de Mestre em Nutrição Clínica

Dezembro de 2016

INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA

DESEJABILIDADE SOCIAL, PERCEÇÃO DE COMPETÊNCIA E TIPO DE MOTIVAÇÃO NA PERDA DE PESO

Trabalho submetido por
Mariana Serrano Nunes Moreira
para a obtenção do grau de Mestre em Nutrição Clínica

Trabalho orientado por
Professora Doutora Fernanda de Mesquita

Dezembro de 2016

"A adversidade restitui aos homens todas as virtudes que a prosperidade lhes tira."

Eugène Delacroix

Agradecimentos

À Professora Doutora Fernanda de Mesquita por se ter disponibilizado para orientar o meu trabalho e por toda a ajuda no decorrer do mesmo. Obrigada por todos os ensinamentos que me transmitiu ao longo destes últimos anos.

Ao Mestre José Camolas, por me ter disponibilizado gentilmente todas as bases necessárias para a possível conclusão deste trabalho.

Ao Professor Doutor José Brito, por toda a ajuda e experiência transmitidos ao longo desta dissertação.

Aos meus amigos, por todo o apoio e companheirismo ao longo destes últimos anos. Obrigada a todos os que nunca me deixaram baixar os braços.

À Fátima, por todos os momentos passados (sobretudo nestes últimos meses), pela amizade e apoio desde o 1º dia.

À minha família, que sempre me apoiou e que tem sempre tanto orgulho em mim. Um obrigada muito especial aos meus pais pelo carinho, tolerância e compreensão. Obrigada pelos valores que me incutiram. Sem eles nada disto seria possível.

Ao João, por estar sempre do meu lado, pelo amor e apoio incondicional. Por toda a paciência mesmo nos dias de maior cansaço e por me ajudar a acreditar e a nunca desistir dos meus sonhos.

Resumo

Introdução: A procura constante de soluções e de apoio de profissionais de saúde, por parte de indivíduos com excesso de peso e obesidade, justifica intervenções a nível individual nas quais se estudem as características psicológicas e de autorregulação dos comportamentos inerentes ao controlo de peso, tais como a motivação, perceção de competência e desejabilidade social.

Objetivos: Avaliar a relação da desejabilidade social, da perceção de competência para a dieta e do tipo de motivação na perda de peso em indivíduos com excesso de peso e obesidade.

Materiais e Métodos: Este estudo contou com uma amostra de 44 indivíduos, seguidos em consulta de nutrição. O período de recrutamento decorreu em Outubro de 2016. Os participantes tinham entre 18 e 65 anos e excesso de peso ou obesidade. Foram recolhidos os dados antropométricos dos indivíduos e aplicados os seguintes questionários: Escala de Perceção de Competência, Questionário de Auto-regulação e Escala de Desejabilidade Social de *Marlowe-Crowne*. Após quinze dias foram recolhidos novamente os dados antropométricos dos indivíduos e realizado o tratamento estatístico dos resultados.

Resultados e Discussão: A pontuação média na escala de desejabilidade social neste estudo foi de 18,55. Os scores da desejabilidade social e autorregulação foram superiores em indivíduos mais velhos, ao contrário da regulação externa, que sofreu uma diminuição. Apenas foi possível aplicar um modelo de regressão linear à variável independente desejabilidade social. Verificamos que os indivíduos com uma maior percentagem de perda de peso obtiveram uma pontuação de desejabilidade mais elevada.

Conclusões: Foi possível concluir que existe uma correlação fraca entre as variáveis perda de peso e desejabilidade social.

Palavras-chave: Desejabilidade social, perceção de competência, motivação, perda de peso

Abstract

Introduction: The constant search for solutions and support of health professionals by overweight and obese individuals, justifies individual interventions in which to study the psychological and self-regulation characteristics of the behaviors inherent to weight control, such as motivation, perceived competence and social desirability.

Objectives: To evaluate the relationship of social desirability, perceived competence to diet and the type of motivation in the success of weight loss in overweight and obese individuals.

Materials and Methods: This study had a sample of 44 individuals, followed in nutrition consultation. The recruitment period took place in October 2016. Participants were between the ages of 18 and 65 and were overweight or obese. The anthropometric data of the individuals were collected and the following questionnaires were applied: Perceived Competence Scale, Self-Regulation Questionnaire and Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. After fifteen days the anthropometric data of the individuals was collected again and the statistical treatment of the results were complied.

Results and Discussion: The mean score on the social desirability scale in this study was 18.55. The score of social desirability and self-regulation were higher in older individuals, as opposed to external regulation, which decreased. It was only possible to apply a linear regression model to the independent social desirability variable. We found that individuals with a higher percentage of weight loss obtained a higher desirability score.

Conclusions: It was possible to conclude that there is a weak correlation between the variables of weight loss and social desirability.

Keywords: Social Desirability, Perceived Competence, Motivation, Weight Loss

Índice Geral

Resumo 1

Abstract 3

Índice de Figuras 9

Índice de Tabelas 11

Índice de Gráficos 13

Glossário 15

1. Introdução 17

2. Objetivos 29

2.1. Objetivo Geral 29

2.2. Objetivos Específicos 29

3. Materiais e Métodos 31

3.1. Questões Éticas 31

3.2. Desenho do estudo 31

3.3. População/amostra e variáveis de estudo 32

3.3.1. Critérios de inclusão e exclusão 32

3.4. Procedimento para a recolha de dados 33

3.5. Instrumentos de recolha de dados 35

a) Avaliação Antropométrica 35

b) Escala de desejabilidade social de *Marlowe-Crowne* 36

c) Questionário de Autorregulação 36

d) Escala de Perceção de Competências 36

3.6. Análise dos resultados 37

4. Resultados e Tratamento Estatístico 39

5. Discussão dos Resultados 45

6. Conclusões 48

7. Bibliografia 50

Índice de Figuras

Figura 1. Desenho experimental 31

Figura 2. Fluxograma da 1ª avaliação 34

Figura 3. Fluxograma da 2ª avaliação 34

Índice de Tabelas

Tabela 1. Continuum Motivacional 24

Tabela 2. Estado da arte: Estudos que relacionam a perda de peso com a desejabilidade social, tipo de motivação e perceção de competência 27

Tabela 3. Classificação do Índice de Massa Corporal 35

Tabela 4. Idade dos sujeitos estudados 39

Tabela 5. IMC dos sujeitos estudados 40

Tabela 6. Total de indivíduos com excesso de peso e obesidade 40

Tabela 7. Medidas estatísticas relativas à variável percentagem da perda de peso 41

Tabela 8. Medidas estatísticas relativas à variável desejabilidade social 41

Tabela 9. Medidas estatísticas relativas à variável autorregulação 42

Tabela 10. Medidas estatísticas relativas à variável regulação externa 42

Tabela 11. Medidas estatísticas relativas à variável perceção de competência 42

Tabela 12. Testes de Normalidade 43

Tabela 13. Média das idades e da percentagem de perda de peso relativos aos scores mínimos e máximos obtidos em cada um dos questionários 43

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribuição da amostra por género 39

Gráfico 2. Distribuição da amostra por IMC 40

Glossário

IMC - Índice de Massa Corporal

INE - Instituto Nacional de Estatística

OMS - Organização Mundial de Saúde

TAD - Teoria da Autodeterminação

1. Introdução

Segundo Alexandra Bento (2014), o objetivo do nutricionista é o de "atingir e manter ao melhor nível o estado de saúde dos indivíduos". Por isso mesmo, torna-se cada vez mais importante a implementação de novos métodos de modo a potenciar o sucesso do aconselhamento nutricional, nomeadamente no que diz respeito à perda de peso. O aconselhamento individual e um maior acompanhamento de cada um dos indivíduos que procura um profissional de saúde é fulcral na obtenção de bons resultados. Este trabalho serve para tentar responder à necessidade de potenciarmos o nosso desempenho e a busca pelo sucesso enquanto profissionais de saúde (Bento, 2014).

Atualmente, as mudanças no estilo de vida levam a que se torne cada vez mais fácil optar pelo sedentarismo e pela excessiva ingestão de alimentos com elevado valor calórico. Nesse sentido, existem cada vez mais medidas para combater a obesidade enquanto epidemia global. No entanto, essas medidas ainda demoram algum tempo a ser implementadas e a sua eficácia está a ser testada (Teixeira, Silva, Mata, Palmeira, & Markland, 2012).

Enquanto isso, os indivíduos com excesso de peso e obesidade procuram constantemente soluções e apoio de profissionais de saúde, nomeadamente nutricionistas, para lidar com o excesso de peso corporal, o que justifica que se continuem a estudar as caraterísticas psicológicas e de autorregulação dos comportamentos inerentes ao controlo do peso, tais como a motivação, perceção de competência e desejabilidade social (Teixeira, Silva, et al., 2012).

A maior parte dos modelos teóricos atualmente aplicados à mudança comportamental na área da saúde, não têm tido resultados satisfatórios a longo prazo, o que prevê a necessidade de desenvolvimento de novos programas de intervenção (Silva et al., 2007).

Neste sentido, é necessário continuar a estudar e melhorar as intervenções a nível individual, que influenciam a experiência de inúmeros indivíduos. Estas intervenções podem ser consideradas como potenciais fatores de mudança no

comportamento da população, na medida em que não se pode descartar uma possível extrapolação em larga escala (Teixeira, Silva, et al., 2012).

No que diz respeito à desejabilidade social, a mesma tem por base a tendência de cada indivíduo de procurar aprovação social e evitar críticas, de acordo com aquilo que é culturalmente aceitável (Beretvas, Meyers, & Leite, 2002). Consiste na deturpação motivada e direcional que o indivíduo faz das suas caraterísticas (Paunonen & LeBel, 2012). Essa deturpação poderá ser uma estratégia consciente e deliberada ou, inconsciente e motivada por uma necessidade intrínseca de aperfeiçoamento e manutenção do ego (Paulhus, 1984).

Em suma, é a tendência de um indivíduo para se comportar de maneira positiva, exagerando as suas virtudes e escondendo as suas falhas (Crowne & Marlowe, 1960).

Freire e Almeida (2001), concluíram que algumas das explicações para essa tendência são a auto deceção e autoproteção, uma afirmação pessoal débil, a necessidade de se conformar com que é expectável do próprio indivíduo e a necessidade de atenção e de aprovação social (Freire e Almeida, 2001).

Os ideais de aparência são capazes de influenciar de forma negativa, tanto os homens como as mulheres, levando a que os indivíduos se possam apresentar de modo socialmente desejável (Groesz, Levine, & Murnen, 2002). Esta tendência para responder a questões de forma a corresponder positivamente ao que outros possam querer, está relacionada com alguns aspetos do comportamento alimentar. Isto, porque pode influenciar o autorrelato, ao sobrestimar aquilo que é considerado favorável e subestimar o que é desfavorável em termos de ingestão alimentar (Mossavar-Rahmani et al., 2013), nomeadamente o peso, preocupações com o peso, comportamentos alimentares, preferência por bebidas adoçadas (Klesges et al., 2004) e ingestão nutricional (Hebert, Clemow, Pbert, Ockene, & Ockene, 1995).

A alimentação de cada indivíduo influencia a forma como ele é visto pelos outros. Pessoas que fazem escolhas alimentares mais adequadas são consideradas mais atrativas, possuindo caraterísticas tais como inteligência e consciência, e são vistas como sendo "melhores" pessoas do que as que fazem escolhas alimentares menos adequadas. No entanto, não são consideradas pessoas sociáveis ou divertidas. Este estereótipo associado ao tipo de comida ingerido pode ter implicações na ingestão

alimentar individual. As críticas ao peso corporal variam, tendo em conta a restrição da dieta e o tamanho das refeições (Vartanian, Herman, & Polivy, 2007). Mossavar-Rahmani et al. (2013), concluíram que indivíduos com maior score de desejabilidade social, tendem a não relatar toda a ingestão energética e proteica, quando comparados a indivíduos com baixos scores (Mossavar-Rahmani et al., 2013).

Embora alguns estudos sugiram que não existem diferenças estatisticamente significativas em relação às diferenças individuais entre homens e mulheres (Andrews & Meyer, 2003; Johnson & Fendrich, 2002; Loo & Thorpe, 2000; Ribas, Moura, & Hutz, 2004; Stöber, 2001), estudos mais recentes referem que poderão existir diferenças entre os géneros na relação entre a desejabilidade social e as atitudes e comportamentos alimentares. Os estereótipos acerca da ingestão de comida podem influenciar as atitudes e comportamento alimentares. Por exemplo, as mulheres que comem refeições menores e que fazem melhores escolhas alimentares são classificadas como sendo mais femininas, enquanto as que comem refeições maiores e com piores escolhas alimentares são classificadas mais masculinas, o que se pode traduzir em comportamento alimentar influenciado pela desejabilidade social (Vartanian et al., 2007). Assim sendo, a desejabilidade social faz com que haja uma diminuição da ingestão alimentar entre mulheres mas poderá levar a uma sobrestima da ingestão alimentar entre homens (Ambwani & Chmielewski, 2012).

A desejabilidade social aumenta com a idade, sendo que indivíduos mais velhos obtêm pontuações mais elevadas, quando comparados a indivíduos mais jovens (Soubelet & Salthouse, 2012). Segundo Poínhos et al., 2008 existem outros fatores, para além da idade, que parecem influenciar o score total da desejabilidade social, nomeadamente a escolaridade e a presença de patologia. O contato prévio com os indivíduos influencia também os resultados, na medida em que pode enviesar os dados obtidos por autorrelato. Por outro lado, a identificação de dificuldades no cumprimento de um programa de perda de peso não mostrou relação com a desejabilidade social nesse mesmo estudo (Poínhos et al., 2008).

Carels, Cacciapaglia, Rydin, Douglass, & Harper, (2006), submeteram 36 indivíduos obesos a um programa de perda de peso, com o intuito de avaliar a associação entre a desejabilidade social e a percentagem de peso perdido. Concluíram que uma maior desejabilidade social está associada a uma maior perceção de

competência no controlo do peso corporal e na perceção da eficácia na perda de peso. Para além disso, está associada ao fato de os indivíduos referirem uma ingestão inferior de calorias e a uma menor referência a lapsos na dieta, correspondendo a uma atitude mais positiva por parte dos participantes. No entanto, uma desejabilidade social superior está significativamente associada a uma menor perda de peso ao fim de 6 meses de intervenção (Carels et al., 2006).

É necessário ter preocupações realistas acerca do insucesso e experienciar sentimentos negativos quando ocorrem lapsos na dieta, de modo a que estes não sejam desvalorizados e que não se subestime o esforço realizado ao longo do programa de perda peso, de modo a potenciar o sucesso do mesmo (Carels et al., 2006).

A competência no controlo do peso e a autoeficácia estão associadas à perda de peso. Indivíduos com uma maior desejabilidade social tendem a sobrestimar a sua necessidade de ser bem sucedidos no programa de perda de peso e podem ter dificuldades em controlar os comportamentos alimentares, contribuindo assim para um resultado empobrecido da perda de peso (Carels et al., 2006).

Poínhos & Correia (2004), concluíram que uma maior proximidade entre o nutricionista e o paciente, nomeadamente através de marcação de consultas regulares e contato telefónico frequente entre consultas, permite que os resultados de perda de peso sejam mais favoráveis, quando comparados com um grupo controlo sem o mesmo seguimento. Um maior acompanhamento por parte do profissional de saúde, permite a clarificação de questões que possam surgir, levando a que os pacientes adquiram autoeficácia e maior perceção de competência, fazendo com que fiquem mais motivados a cumprir o plano nutricional (Poínhos & Correia, 2004).

A Teoria da Autodeterminação (TAD) é uma teoria sobre motivação humana que está relacionada com o desenvolvimento e funcionamento da personalidade em contextos sociais. É aplicada a diferentes setores, nomeadamente a saúde, educação, trabalho e desporto (Ng et al., 2012).

Esta teoria considera que cada indivíduo está motivado para alcançar diferentes objetivos e tem necessidade de experienciar novos desafios. É a única teoria de motivação que considera a autonomia como sendo uma necessidade humana e que facilita a regulação comportamental (Deci & Ryan, 2000).

No setor da saúde, foca-se na perceção que os pacientes têm da autonomia que lhes é conferida pelo profissional de saúde. Este último pode aprender novas formas de lidar com o paciente, de modo a ser um suporte de autonomia. Essa disponibilização de um maior apoio e a satisfação das necessidades básicas, levam a uma maior facilidade de autorregulação adaptativa na adoção de comportamentos saudáveis por parte do paciente (Deci & Ryan, 2000; G. C. Williams et al., 2006; G. Williams & Deci, 2001).

O centro deste modelo assenta em três necessidades psicológicas básicas, que representam o essencial para o crescimento, integridade e bem-estar psicológico: autonomia (sentir que é o responsável pelo próprio comportamento), competência (sentir que é eficiente) e relacionamento positivo (sentir que é compreendido e apreciado por outros) (Ng et al., 2012).

A satisfação destas necessidades básicas leva a uma melhoria da saúde mental e da qualidade de vida, estando associado a uma maior vitalidade. Para além disso, motiva a adesão de comportamentos saudáveis e estáveis a longo prazo, nomeadamente a prática de exercício físico e a adoção de novos comportamentos alimentares (Edmunds, Ntoumanis, & Duda, 2007; R. M. Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008).

Estas necessidades psicológicas determinam a identificação de três tipos de motivação, sendo estas a desmotivação, motivação extrínseca e motivação intrínseca, que compõem um continuum motivacional (Tabela 1) (R. M. Ryan & Deci, 2000; R. M. Ryan et al., 1989).

A desmotivação refere-se à falta de intenção de agir. Um indivíduo desmotivado, ou não age de todo, ou então age sem qualquer intenção e o seu comportamento não é proactivo (Leal, Miranda, & Carmo, 2013; R. M. Ryan & Deci, 2000).

Resulta da desvalorização de uma atividade, de o indivíduo sentir que não é competente para fazê-la ou de não esperar um resultado favorável da mesma. Ocorre ainda quando o indivíduo não vê qualquer razão para realizar um determinado comportamento (Deci & Ryan, 2000). Este é o estado mais pobre de autonomia e representa uma falta de motivação intrínseca e extrínseca e uma incapacidade de autodeterminação (Deci & Ryan, 2008).

A motivação extrínseca divide-se em quatro tipos: Externa, Introjetada, Identificada e Integrada. Exige uma relação entre o comportamento e algumas consequências dissociáveis do mesmo (Leal et al., 2013; R. M. Ryan et al., 1989).

a) Motivação Externa

O indivíduo comporta-se de modo a satisfazer exigências externas. Evita punições e age de forma a procurar compensações pelas suas ações. É a forma menos autodeterminada do comportamento e na qual há um maior controlo de regulação (R. Ryan, Williams, Patrick, & Deci, 2009).

Exemplo de um indivíduo externamente motivado: *"Eu só cumpro a dieta porque a minha família e os meus amigos me dizem que o devo fazer".*

b) Motivação Introjetada

O comportamento é revelador de pressões internas, tais como a necessidade de aprovação externa, a vergonha e uma baixa autoestima. O indivíduo realiza a atividade de modo a evitar sentimentos negativos, de ansiedade e/ou de culpa.

A introjeção envolve a transição da motivação extrínseca externa, à interiorização incompleta da regulação comportamental, mas não é aceite como sendo parte do próprio indivíduo. Está inserida na regulação controlada (Ng et al., 2012; R. M. Ryan & Deci, 2000; R. Ryan et al., 2009).

Exemplo de um indivíduo motivado de forma introjetada: *"Eu tenho de cumprir a dieta para me sentir bem comigo próprio, porque caso contrário vou sentir-me ansioso e culpado".*

c) Motivação Identificada

Este tipo de motivação remete a uma valorização consciente do comportamento. A atividade é aceite como sendo pessoalmente importante e o indivíduo compreende o seu objetivo e valor, embora possa não gostar da atividade. O comportamento é realizado tendo por base os seus resultados (comportamento instrumental), a sua importância e a sua valorização (comportamento autónomo) (R. Ryan et al., 2009).

É uma regulação identificada do comportamento, na medida em que o indivíduo se envolve numa atividade que não lhe desperta interesse, mas que é importante pois leva ao alcance de objetivos pessoais (R. Ryan et al., 2009).

Contrariamente à regulação introjetada, este tipo de regulação já é considerada autónoma (Ng et al., 2012).

Exemplo de um indivíduo motivado de forma identificada: *"Apesar de a dieta ser pouco interessante, acho que é importante cumpri-la porque tem vantagens e benefícios para a minha saúde".*

d) Motivação Integrada

A motivação integrada representa a forma mais autónoma da motivação extrínseca. O indivíduo integra o comportamento como sendo parte de si mesmo, existindo uma enorme coerência com outros valores e necessidades do próprio. Embora possa ser equiparada à motivação intrínseca, a atividade é realizada pelo seu valor instrumental e pelos seus resultados, não apenas pela satisfação que lhe está inerente (Ng et al., 2012; R. M. Ryan & Deci, 2000).

Exemplo de um indivíduo motivado de forma integrada: *"Eu cumpro a dieta porque representa aquilo que eu sou, já faz parte da minha vida".*

O indivíduo tem um determinado comportamento pelo interesse, entretenimento e satisfação inerentes à própria atividade. É o maior nível de autonomia e representa o comportamento autodeterminado. Este tipo de motivação refere-se à execução de uma atividade em prol da realização individual. (Deci & Ryan, 2008)

Exemplo de um indivíduo intrinsecamente motivado: *"Eu cumpro a dieta pelo prazer que me proporciona e porque é divertido".*

Em suma, o continuum motivacional descreve os diferentes tipos de motivação e apresenta-se representado na Tabela 1.

Tabela 1. Continuum Motivacional (Adaptado de Gagné & Deci, 2005).

Motivação	Amotivação	Motivação Extrínseca				Motivação Intrínseca
Regulação	Ausência	Externa	Introjetada	Identificada	Integrada	Intrínseca
Processos de regulação	Involuntário, incompetência e falta de controlo.	Obrigação externa. Procurar compensações e evitar punições.	Pressão interna. Evitar sentimentos negativos. Expetativas de auto aprovação. Envolvimento para o ego.	Valorização propositada. Identificação com os objetivos.	Adequado a outras necessidades. Inerente (faz parte da sua vida).	Interesse, prazer, divertimento. Satisfação. Valorização consciente. Importante pessoalmente.
Autonomia	Ausência	Motivação controlada				Motivação autónoma
Determinação	Ausência	⟷				Autodeterminação
	IMPACTO NEGATIVO		**IMPACTO POSITIVO**			

As formas de motivação não autónomas (controladas), são preponderantes quando a atividade a desenvolver é reconhecida como um meio para atingir um fim e estão geralmente associadas a razões ou objetivos específicos, tais como a melhoria da aparência física ou a obtenção de uma recompensa palpável (Teixeira, Carraça, Markland, Silva, & Ryan, 2012).

Uma maior autonomia auspicia um maior sucesso em diferentes áreas, incluindo no exercício físico, no comportamento alimentar e no controlo do peso corporal. Isto prediz que não é apenas o cumprimento das exigências inerentes à mudança que vai ditar o sucesso a longo prazo, mas sim a aceitação da mudança comportamental como sendo parte do próprio indivíduo (Hagger, Chatzisarantis, & Harris, 2006; Silva et al., 2011; G. Williams, Grow, Freedman, Ryan, & Deci, 1996).

Silva et al. (2010), estudaram a intervenção na manutenção de peso com base na TAD durante o período de 1 ano. Nesse estudo participaram 239 mulheres, algumas das quais receberam uma intervenção baseada na regulação autónoma e na motivação intrínseca e outras receberam uma intervenção básica de educação alimentar e práticas de exercício físico (grupo controlo). Os resultados mostraram que é possível implementar com êxito uma intervenção baseada na TAD e na qual é possível controlar o peso corporal a longo prazo. Esta intervenção levou a uma regulação mais autónoma,

auxiliar na mudança comportamental da redução de peso e da adesão à prática de exercício físico, em comparação com o grupo controlo (Silva et al., 2010).

Já no que diz respeito à perceção de competência, a mesma é um fator crucial na manutenção da mudança comportamental (Silva et al., 2008).

Os indivíduos consideram-se competentes quando conseguem controlar ações importantes, tais como a manutenção de uma dieta para perda de peso. A perceção de incompetência, por outro lado, é quando os mesmos se sentem incapazes de controlar essas ações (G. C. Williams et al., 2006).

A teoria da autodeterminação engloba ambos os conceitos de motivação e de perceção de competência. Um indivíduo autonomamente motivado, sente-se mais confiante para atingir resultados relevantes, pois satisfaz a sua necessidade de competência (Hagger et al., 2006; G. C. Williams et al., 2006).

A regulação comportamental de um indivíduo obeso integra a motivação autónoma, alterando a perceção de competência e a avaliação da sua saúde (Mestre & Ribeiro, 2010). A motivação autónoma consiste na experiência de iniciar comportamentos, enquanto a perceção de competência diz respeito ao sentimento e expetativas acerca dos resultados que estão previstos obter (G. Williams, McGregor, Zeldman, Freedman, & Deci, 2004).

A perceção de competência é a crença que os indivíduos têm acerca das suas capacidades em desempenhar determinada tarefa relacionada com eventos das suas vidas (Bandura, 1998). Determina a forma como os indivíduos se sentem, pensam, motivam e comportam, produzindo diversos efeitos através de quatro processos distintos: processo cognitivo, processo motivacional, processo afetivo e processo de seleção (Bandura, 1998). Estes processos estão relacionados com dois conceitos diferentes: a autoeficácia e o autoconceito (Hughes, Galbraith, & White, 2011).

A autoeficácia diz respeito às perceções cognitivas da competência, enquanto o autoconceito está relacionado com as perceções afetivas e com as perceções seletivas de competência. O primeiro responde então a questões do estilo "*eu posso...*" e o segundo engloba questões do tipo "*eu sou...*" ou "*eu tenho...*" (Hughes et al., 2011).

Mestre & Ribeiro (2010), estudaram durante 6 meses a relação entre a perceção de saúde e de competência em 90 indivíduos obesos, sujeitos a um programa de perda de peso. Concluíram que os indivíduos têm uma maior perceção de competência no final do programa, o que demonstra a importância da regulação comportamental no que diz respeito ao combate à obesidade (Mestre & Ribeiro, 2010).

Existem poucos estudos que testem a motivação autónoma ou outra variável relacionada com a TAD e a perda de peso (Teixeira, Silva, et al., 2012).

De uma maneira geral, são muito poucos os estudos realizados que estabelecem uma relação entre a desejabilidade social, a perceção de competência e o tipo de motivação com a variável perda de peso, sendo que ainda existem poucas conclusões relativamente a este assunto. Dentro dos estudos que existem, a duração mínima é de 6 meses no total, sendo que alguns contam com 4, 6 e 12 meses se intervenção mais um período de seguimento dos indivíduos estudados. As amostras neste tipo de estudos variam entre 36 e 239 indivíduos, sendo que os resultados são na sua maioria positivos e demonstram que a perda de peso está relacionada com perceção de competência, desejabilidade social e autorregulação (Carels et al., 2006; Mestre & Ribeiro, 2010; Silva et al., 2011; Silva, Markland, et al., 2010; Teixeira et al., 2006; G. Williams et al., 1996). Estes estudos encontram-se com uma explicação mais detalhada na Tabela 2.

Sendo um tema bastante importante e de elevada relevância sobretudo no que diz respeito ao combate ao excesso de peso e obesidade, surgiu o interesse em estudar a relação dos parâmetros psicológicos anteriormente mencionados com a perda de peso, em indivíduos adultos com excesso de peso e obesidade, para verificar de que modo estão relacionados a desejabilidade social, perceção de competência e tipo de motivação com a perda de peso.

Deste modo, a questão de investigação colocada neste estudo é a seguinte: Existe relação entre a desejabilidade social, a perceção de competência e o tipo de motivação com a perda de peso em indivíduos com excesso de peso e obesidade?

Tabela 2. Estado da arte: Estudos que relacionam a perda de peso com a desejabilidade social, tipo de motivação e perceção de competência.

Referência, Ano	Participantes			Intervenção			Resultados	Sig.
	Amostra	N	Género	Desenho	Variáveis	Duração		
G. Williams et al., 1996	Homens e mulheres obesos	128	94 ♀[1] 34 ♂[2]	Ensaio clínico randomizado	Tipo de motivação e perda de peso	29 meses (6 meses intervenção + 23 meses seguimento)	Indivíduos com motivação autónoma conseguem melhores resultados na perda de peso e na manutenção do mesmo.	p<0,05
Carels et al., 2006	Homens e mulheres obesos	36	32 ♀[1] 4 ♂[2]	Analítico, Prospetivo	Desejabilidade Social, Autorregulação e Perceção de Competência na Perda de Peso	6 meses	Indivíduos com uma maior desejabilidade social tiveram um pior resultado em termos de perda de peso.	p<0,05
Teixeira et al., 2006	Mulheres obesas	136	♀[1]	Ensaio clínico randomizado	Variáveis psicossociais relacionadas com comportamentos alimentares durante um programa de perda de peso e a sua relação com a perda de peso.	16 meses (4 meses intervenção + 12 meses seguimento)	As alterações do comportamento alimentar, nomeadamente a auto eficácia e a motivação intrínseca estão associadas a uma maior perda de peso ao final de 4 meses. A regressão linear múltipla mostrou que ao final de 16 meses as variáveis do comportamento alimentar eram significativas e independentes da mudança de peso a curto prazo, enquanto as mudanças nas variáveis do exercício eram preditores mais fortes de resultados de manutenção de peso a longo prazo.	p<0,001 Seguimento: p<0,05

Tabela 2 (Continuação). Estado da arte: Estudos que relacionam a perda de peso com a desejabilidade social, tipo de motivação e perceção de competência

Mestre & Ribeiro, 2010	Sujeitos integrados num programa de perda de peso	90	66 ♀1 24 ♂2	Analítico, Prospetivo	Perceção de saúde e de competência no tratamento do sujeito com diagnóstico de obesidade	6 meses	Elevadas correlações entre saúde física e mental ao longo do tratamento. Maior perceção de competência no final do tratamento para perda de peso.	p<0,01
Silva et al., 2010	Mulheres em pré-menopausa com obesidade e excesso de peso	239	♀[1]	Ensaio clínico randomizado	Perda de peso, Exercício físico e variáveis relevantes na TAD	12 meses	Maior perda de peso e níveis mais elevados de atividade física, autorregulação e perceção de competência.	p<0,001
Silva et al., 2011	Mulheres em pré-menopausa com obesidade e excesso de peso	221	♀[1]	Ensaio clínico randomizado	Perda de peso, Exercício físico e Variáveis relevantes na TAD	36 meses (12 meses intervenção + 24 meses seguimento)	Alterações significativas na autorregulação, atividade física e a perda de peso. O aumento da motivação autónoma está relacionado com o exercício físico e com o sucesso na manutenção de peso perdido.	p<0,001

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

✓ Avaliar a relação da desejabilidade social, da perceção de competência para a dieta e do tipo de motivação com a perda de peso em indivíduos com excesso de peso e obesidade.

2.2. Objetivos Específicos

Constituíram objetivos específicos a avaliação dos dados antropométricos dos indivíduos incluídos na amostra:

✓ Medir a desejabilidade social através de um questionário validado (Escala de Desejabilidade Social de *Marlowe-Crowne*);

✓ Medir a perceção de competência para a dieta e do tipo de motivação através de escalas validadas (*Treatment Self-Regulation Questionnaire* e Escala de Perceção de Competência);

✓ Comparar a perda de peso entre indivíduos com diferentes resultados de desejabilidade social, perceção de competência e tipo de motivação numa primeira avaliação (t0) e numa segunda avaliação (t1).

✓ Verificar se as variáveis a estudar estão correlacionadas entre si.

3. Materiais e Métodos

O presente estudo foi autorizado pela Comissão Científica do Mestrado em Nutrição Clínica e pela Comissão de Ética do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz em 28 de Setembro de 2016 (ISCSEM), sendo que a recolha dos dados foi realizada em Outubro de 2016.

3.1. Questões Éticas

O estudo respeitou a Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2001). Foi explicado oralmente em que consistia o estudo e entregue um documento com essa mesma explicação, informando ainda que a não participação no estudo não traria qualquer prejuízo. Todos os indivíduos assinaram o consentimento informado e não foram dados quaisquer incentivos à sua participação. Através da codificação dos dados foi possível garantir a recolha anónima e confidencial dos mesmos.

3.2. Desenho do estudo

Este trabalho é um estudo de caráter analítico, observacional, prospetivo.

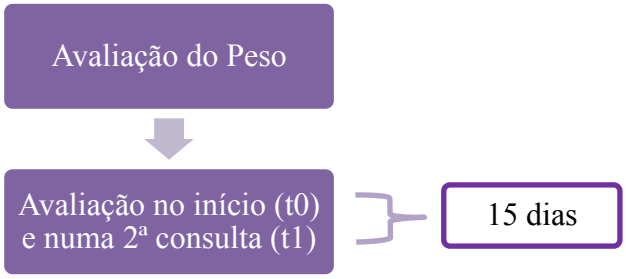

Figura 1. Desenho experimental

3.3. População/amostra e variáveis de estudo

O estudo realizou-se em três farmácias, duas das quais em Almada e uma em Santa Iria da Azóia e numa clínica em Alcácer do Sal. Foram respeitadas as condições necessárias à concretização do estudo, nomeadamente a privacidade de um gabinete e todo o material necessário para a recolha dos dados.

Os indivíduos foram selecionados pelo método de amostragem não probabilística, ou seja, amostragem de conveniência e incluiu sujeitos com excesso de peso e obesidade (IMC $\geq$25Kg/m^2), com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, que pretendiam ser seguidos em consulta de nutrição.

Numa primeira consulta de nutrição foi explicado a cada indivíduo o presente estudo, sendo a sua participação voluntária. Após verificação dos critérios de inclusão e que não se verificava nenhum critério de exclusão, foi realizada a avaliação antropométrica e aplicados os devidos questionários. De seguida, foi feita a marcação da segunda consulta (após 15 dias), para nova avaliação antropométrica.

Este estudo assume como variáveis independentes a desejabilidade social, a perceção de competência e o tipo de motivação e como variável dependente a perda de peso obtida 15 dias após a 1ª consulta.

3.3.1. Critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados elegíveis para este estudo todos os indivíduos que cumpriam os seguintes critérios:

<u>Critérios de inclusão:</u>

-Homens e mulheres com idade igual ou superior a 18 anos;

-Idade igual ou inferior a 65 anos;

-Excesso de peso ou obesidade (IMC$\geq$25Kg/m^2)

Critérios de exclusão:

-Grávidas;

-Indivíduos com *pacemaker* ou qualquer dispositivo médico que se assemelhe;

A amostra é constituída na sua totalidade por 44 participantes, 39 dos quais do género feminino e 5 dos quais do género masculino. Dos indivíduos entrevistados, 2 foram considerados não elegíveis por não terem comparecido novamente em consulta ao final de 15 dias.

3.4. Procedimento para a recolha de dados

Os dados foram recolhidos pela autora do estudo e a recolha foi feita em 2 momentos distintos: 1ª e 2ª avaliação.

A 1ª avaliação foi feita numa primeira consulta de nutrição a indivíduos que pretendiam ser seguidos em consulta de nutrição. Os indivíduos leram e assinaram o consentimento informado, seguido da consulta de nutrição, que consiste na avaliação antropométrica, nomeadamente a recolha de dados tais como idade, peso, altura e IMC e na elaboração e entrega do plano alimentar. O plano alimentar consistiu numa dieta individualizada, hipocalórica, normolipídica, hipoglucídica e moderadamente hiperproteica.

Posteriormente foram aplicados os questionários, através de pergunta-resposta:

- ✓ Questionário de Autorregulação;
- ✓ Escala de Perceção de Competências;
- ✓ Escala de Desejabilidade Social de *Marlowe-Crowne.*

A Figura 2 esquematiza a 1ª avaliação.

A 2ª avaliação foi realizada ao final de 15 dias, na qual os participantes foram questionados acerca do cumprimento do plano alimentar e onde foi feita uma nova avaliação antropométrica (Figura 3).

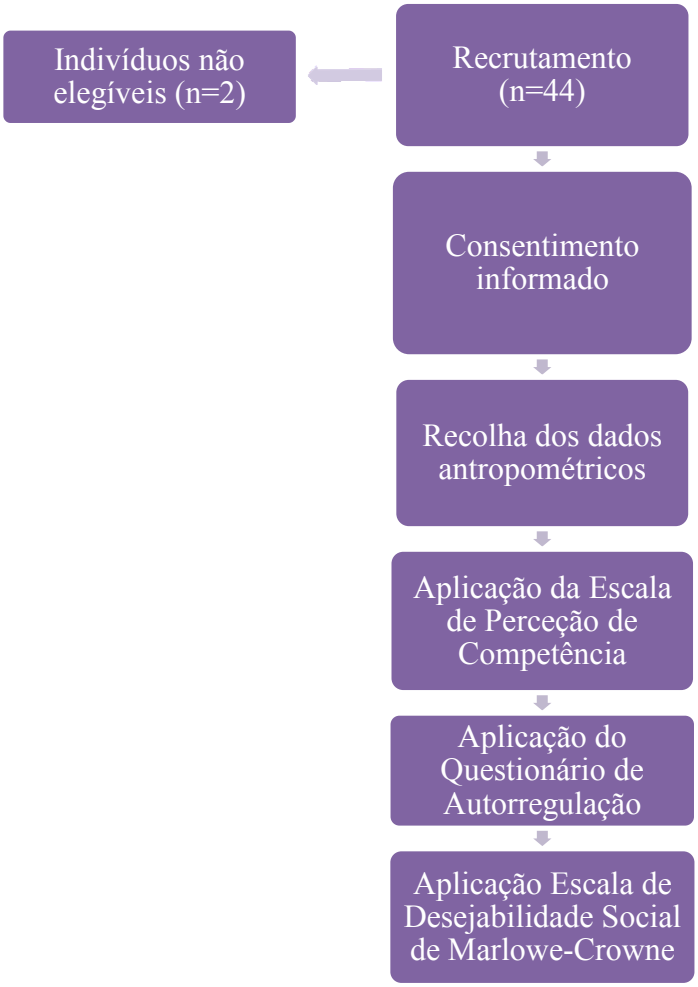

Figura 2. Fluxograma da 1ª avaliação

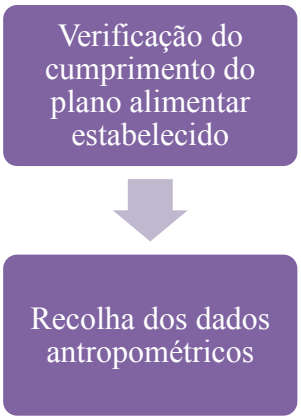

Figura 3. Fluxograma da 2ª avaliação

3.5. Instrumentos de recolha de dados

a) Avaliação Antropométrica

A avaliação antropométrica é essencial na determinação do estado nutricional, na medida em que permite identificar casos de desnutrição, excesso de peso, obesidade, avaliar a perda de massa muscular e o aumento de massa gorda. Os indicadores antropométricos permitem avaliar o prognóstico de patologias e são uma ferramenta útil para a intervenção nutricional (Sánchez-García et al., 2007).

A avaliação antropométrica dos indivíduos foi realizada através de uma balança de bioimpedância modelo HBF-371-A da marca Omron.

Foram avaliados os seguintes parâmetros: idade, altura, peso e IMC.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2000), o IMC é o índice que permite medir o estado nutricional em adultos. É definido através do peso (em quilogramas), a dividir pela altura (em metros) ao quadrado (Kg/m^2) (OMS, 2000).

Tabela 3. Classificação do índice de massa corporal (Adaptado de OMS, 2000)

IMC (kg/m^2)	**Classificação**
<18,5	Magreza
18,5 - 24,9	Eutrofia
25 - 29,9	Excesso de Peso
30 - 34,9	Obesidade grau I
35 - 39,9	Obesidade grau II
≥40	Obesidade grau III

Os indivíduos foram pesados descalços, com o peso distribuído igualmente entre os pés e o corpo em extensão máxima.

b) Escala de desejabilidade social de *Marlowe-Crowne*

A escala de desejabilidade social de *Marlowe-Crowne* consiste num registo que avalia a desejabilidade social de acordo com a resposta a 33 itens de verdadeiro ou falso. Um score elevado indicada uma maior desejabilidade social (Mossavar-Rahmani et al., 2013). Os itens estão relacionados com a ideia de aprovação social, sem conotações de caráter psicopatológico. 15 dos 33 itens são afirmações indicativas de comportamentos comuns mas socialmente indesejados e se a resposta for "Falso" são pontuados com 1 ponto. Os restantes itens dizem respeito a comportamentos socialmente desejáveis mas pouco recorrentes, sendo que a resposta "Verdadeiro" a estes últimos, corresponde à pontuação de 1 ponto. A pontuação total varia entre 0 e 33 pontos, sendo que indivíduos com um score superior a 17 são aqueles com um forte desejo de aceitação social (Crowne & Marlowe, 1960; Scagliusi et al., 2004).

c) Questionário de Autorregulação

Foi utilizado o questionário de autorregulação, adaptado do *Treatment Self-Regulation Questionnaire* (TSRQ).

O questionário é constituído por diferentes afirmações, às quais o inquirido tem como possibilidade de resposta uma escala Likert de 7 pontos, em que "1" corresponde a "nada verdadeiro" e "7" corresponde a "totalmente verdadeiro". Desta forma, é possível avaliar a autorregulação - através dos itens 1, 2, 3, 6, 7, 8, 10 e 12 - e a regulação externa - através dos itens 4, 9, 11 e 13. A pontuação final corresponde à média das respostas (Mestre & Pais-Ribeiro, 2008).

d) Escala de Perceção de Competências

Originalmente conhecido por *Perceived Competence Scale* (PCS), esta escala foi validada em 2008 para a população portuguesa (Mestre & Pais-Ribeiro, 2008).

A Escala de Perceção de Competências avalia o grau de confiança de um indivíduo em manter uma dieta saudável, podendo ser utilizada para o estudo da Teoria de Autodeterminação em contexto de saúde (Mestre & Pais-Ribeiro, 2008).

É constituída por 4 itens, cujas respostas são dadas numa escala de Likert de 7 pontos. O score total da escala é dado pela soma dos 4 itens e através da média obtida das diferentes afirmações (Mestre & Pais-Ribeiro, 2008).

3.6. Análise dos resultados

Os dados recolhidos foram transferidos para uma folha de cálculo do programa de *software* Microsoft Office Excel 2007™, tendo sido transferidos para o *software* IBM SPSS™ (*Statistical Package for Social Sciences*) 24.0 para Windows®, para efetuar a análise estatística.

A análise estatística incluiu estatísticas descritivas, frequências absolutas e relativas, respetivos desvios padrão e estatística inferencial, bem como um modelo de regressão linear. Os resultados obtidos são representados através de gráficos e de tabelas, para permitir uma interpretação mais objetiva.

Os testes estatísticos foram aplicados com um nível de confiança de 95% e para testar as relações entre variáveis utilizou-se como referência um nível de significância $p \leq 0,05$. Os dados foram sujeitos a diversos testes de modo a verificar:

- ✓ Consistência interna das escalas, através do coeficiente *Alfa de Cronbach*
- ✓ Distribuição normal das variáveis, através do teste *Kolmogorov-Smirnov* ($n>30$), com $p \leq 0,05$ considerando-se as hipóteses:

H_0: Existe normalidade dos dados;

H_1: Não existe normalidade dos dados.

- ✓ Homogeneidade das variâncias, através do teste de *Levene,* com $p \leq 0,05$ considerando-se as hipóteses:

H_0: As variâncias são homogéneas;

H_1: As variâncias não são homogéneas.

- ✓ Correlação entre as variáveis estudadas através do coeficiente de correlação de *Pearson*, pois a maioria das variáveis seguia uma distribuição normal, considerando as hipóteses:

H_0: Existe correlação entre as variáveis;

H_1: Não existe correlação entre as variáveis.

- ✓ Modelo de regressão linear.

4. Resultados e Tratamento Estatístico

A amostra foi constituída por um total de 44 indivíduos, 5 do género masculino (aproximadamente 11%) e 39 do feminino (aproximadamente 89%).

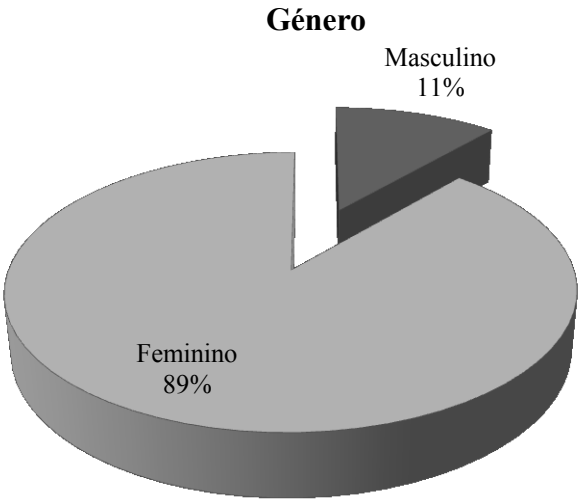

Gráfico 1. Distribuição da amostra por género

Apenas foram incluídos na amostra sujeitos com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, sendo que a média de idades foi de 47,5 (± 11,2). Relativamente ao IMC, o mesmo compreendeu um valor mínimo de 25 (Excesso de Peso) e máximo de 41,5 (Obesidade grau III), tal como se pode verificar na tabela 5.

Tabela 4. Idade dos sujeitos estudados

Idade

Nº casos	44
Média	47,5
Mediana	48
Desvio Padrão	11,2
Mínimo	18
Máximo	65

Tabela 5. IMC dos sujeitos estudados

IMC (kg/m^2)

Nº casos	44
Média	30,9 kg/m^2
Mediana	30,1 kg/m^2
Desvio Padrão	4,4 kg/m^2
Mínimo	25,0 kg/m^2
Máximo	41,5 kg/m^2

Dos cinco homens que constituíram a amostra, apenas um tinha excesso de peso e os restantes obesidade. Em relação às mulheres, 21 tinham um IMC compreendido entre 25 e 29,9kg/m^2 e 18 tinham um IMC igual ou superior a 30kg/m^2, sendo que no total obtivemos tantos indivíduos com excesso de peso quanto indivíduos com obesidade (tabela 4), segundo os valores definidos através do IMC.

Tabela 6. Total de indivíduos com excesso de peso e obesidade

Excesso de Peso *versus* Obesidade

	Excesso de Peso	Obesidade	Total
Masculino	1	4	5
Feminino	21	18	39

Total (N=24)

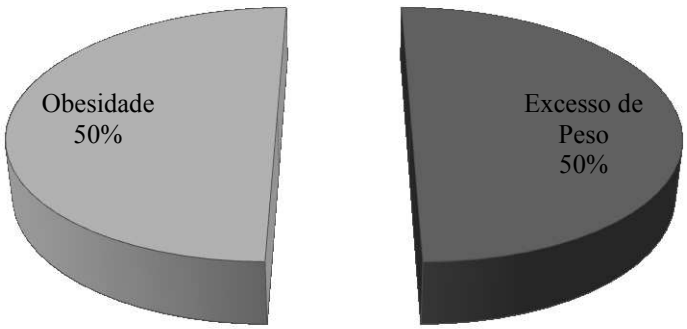

Gráfico 2. Distribuição da amostra por IMC

No que diz respeito à diferença de peso, foi possível observar um valor mínimo de -0,5% e máximo de 5,7%. Estes valores indicam-nos que o peso variou entre uma perda de aproximadamente 6% do peso inicial a um aumento de 0,5% do mesmo. Em média, foi possível observar uma diminuição de peso de aproximadamente 3% (±1,4%) (Tabela 7).

Tabela 7. Medidas estatísticas relativas à variável percentagem da perda de peso

Percentagem da perda de peso

Nº casos	44
Média	2,93
Mediana	2,85
Desvio Padrão	1,41
Mínimo	-0,50
Máximo	5,70

O questionário de autorregulação, que avalia a regulação autónoma e a regulação controlada, obteve uma consistência interna (*Alpha de Cronbach*) de 0,76. Dos 12 itens totais para avaliar a regulação, oito avaliaram a regulação autónoma (*Alpha de Cronbach* - 0,73) e quatro avaliaram a regulação externa (*Alpha de Cronbach* - 0,82).

O questionário da Desejabilidade Social obteve uma consistência interna de 0,69 *Alpha de Cronbach.* Sendo que o score poderia variar entre 0 e 33, o mínimo obtido foi 10 e o máximo 26. As seguintes tabelas ilustram de forma clara os valores dos scores obtidos, nomeadamente o valor mínimo, máximo, mediana e média (± desvio padrão).

Tabela 8. Medidas estatísticas relativas à variável desejabilidade social

Desejabilidade Social

Nº casos	44
Média	18,55
Mediana	19,00
Desvio Padrão	4,65
Mínimo	10,00
Máximo	26,00

Tabela 9. Medidas estatísticas relativas à variável autorregulação

Autorregulação

Nº casos	44
Média	5,85
Mediana	5,94
Desvio Padrão	0,90
Mínimo	3,50
Máximo	7,00

Tabela 10. Medidas estatísticas relativas à variável regulação externa

Regulação Externa

Nº casos	44
Média	2,52
Mediana	2,25
Desvio Padrão	1,53
Mínimo	1,00
Máximo	7,00

Tabela 11. Medidas estatísticas relativas à variável perceção de competência

Perceção de Competência

Nº casos	44
Média	4,52
Mediana	4,88
Desvio Padrão	1,24
Mínimo	1,50
Máximo	6,00

12. Média das idades e da percentagem de perda de peso relativos aos scores mínimos e máximos obtidos em cada um dos questionários

	Desejabilidade Social		**Autorregulação**		**Regulação Externa**		**Perceção de Competência**	
	Score Mín	**Score Máx**	**Score Mín**	**Score Máx**	**Score Mín**	**Score Máx**	**Score Mín**	**Score Máx**
Valor	10	26	3,5	7	1	7	1,5	6
Média idade(±σ)	38	51,8 (±7,9)	36	50 (±11,2)	51,6 (±13,5)	30	56 (±4,2)	51,5 (±7,3)
% Perda de Peso	-0,4	3,4 (±0,86)	2,2	2,4 (±0,1)	2,5 (±1,3)	2,6	3,9 (±0,7)	2,4 (±0,3)
Nº casos	1	4	1	3	12	1	2	4

Para verificarmos se existia ou não uma relação entre a diferença de peso e a perceção de competência, regulação externa, desejabilidade social e autorregulação, foi necessário verificar se as variáveis seguiam uma distribuição normal. O teste utilizado foi o Kolmogorov-Smirnov, visto que a amostra era superior a 30 (Tabela 6).

As variáveis diferença de peso, desejabilidade social e autorregulação seguem uma distribuição normal ($p>0,05$). Relativamente à perceção de competência e regulação externa, não seguem uma distribuição normal, no entanto não apresentam *outliers*.

Tabela 13. Testes de Normalidade

Testes de Normalidade (Kolmogorov-Smirnov)

Variável	Statistic	Nº Casos	Sig.
Diferença de Peso	,116	44	**,157**
Perceção de Competência	,150	44	,015
Regulação Externa	,162	44	,005
Desejabilidade Social	,118	44	**,139**
Autorregulação	,106	44	**,200***

De seguida, foi calculado o coeficiente de correlação de *Pearson*, para verificar se seria possível obter um modelo de regressão linear com os dados obtidos, no qual se

verificou uma correlação entre as variáveis desejabilidade social e diferença de peso (ρ=0,510).

Assim sendo, obtemos o seguinte modelo:

Diferença de Peso = 0,083 + 0,128 * Desejabilidade Social

As duas variáveis têm uma fraca correlação (r^2 = 0,26), sendo que o modelo não é extrapolável e apenas poderá ser aplicado para a população estudada, tendo em conta que o intervalo de tempo entre as duas avaliações é de 15 dias e que o score de desejabilidade social apenas pode variar entre 1 e 33.

5. Discussão dos Resultados

Os resultados deste estudo de investigação indicam que a prevalência dos indivíduos estudados foi de 50% obesos e 50% com excesso de peso, correspondendo a 22 indivíduos dos 44 observados no estudo.

Segundo Carels, Cacciapaglia, Douglass, Rydin, & O'Brien (2003), quando é iniciado um programa com o intuito de redução de peso, um IMC elevado está associado a resultados mais fracos e com uma menor perda de peso. No presente estudo, o IMC inicial médio foi de 30,9kg/m^2, o que corresponde a um excesso de peso significativo, que poderá levar a que os nossos resultados sejam mais fracos em termos de perda de peso comparativamente a amostras com um IMC mais baixo (Carels et al., 2003).

A amostra deste estudo é constituída maioritariamente por sujeitos do género feminino. De uma maneira geral, é o género feminino quem procura os profissionais de saúde, nomeadamente nutricionistas, para tratamento de perda de peso. Estes dados podem estar ligados ao fato de a sociedade considerar a magreza como sendo um indicador de sucesso e de beleza, levando a uma maior insatisfação relativamente ao peso corporal (Moreira, 2005). Os nossos resultados poderão estar influenciados por este aspeto, uma vez que os ideais de aparência poderão afetar os indivíduos de forma negativa, levando a que estes se apresentem de modo socialmente desejável (Groesz et al., 2002).

Relativamente aos scores dos questionários, verificámos que a desejabilidade social neste estudo variou entre 10 e 26, a autorregulação entre 3,5 e 7, a regulação externa entre 1 e 7 e a perceção de competência entre 1,5 e 6.

No que diz respeito à desejabilidade social, o score poderá variar entre 0 e 33, sendo que os indivíduos com um score superior a 17 têm um forte desejo de aceitação social (Crowne & Marlowe, 1960). A pontuação média na escala de desejabilidade social neste estudo foi de 18,55 (±4,65). Embora seja um valor superior ao de Crowne & Marlowe (1960), em que a média foi de 13,72, o nosso valor foi inferior à de Poínhos et al. (2008), cuja média foi de 20,9. Ainda assim, verificamos que em média a nossa

amostra tinha uma desejabilidade social aumentada e uma necessidade acrescida de agradar socialmente (Crowne & Marlowe, 1960; Poínhos et al., 2008).

Através do questionário de autorregulação, foi possível verificar que a média foi de 5,85 (±0,90) em 7 pontos para autorregulação e de 2,52 (±1,53) em 7 pontos para regulação externa, o que significa que o comportamento da maioria dos indivíduos é estimulado pelo interesse e satisfação inerentes à própria perda de peso e não é motivado por obrigações externas nem pela procura de nenhuma compensação (Deci & Ryan, 2008; Gagné & Deci, 2005). A obtenção destes resultados é de alguma forma positiva para este trabalho, uma vez que as normas de pressão social, ou seja, a motivação externa, não tem relação com a dieta ou com os resultados na alteração de peso corporal e que este tipo de estímulo não é eficiente na promoção de mudanças comportamentais (Patterson, Kristal, & White, 1996).

Já no que diz respeito à perceção de competência, o score pode variar entre 1 e 7, sendo que a média dos nossos resultados foi de 4,52 (±1,24), o que revela que os indivíduos da nossa amostra consideram-se competentes para controlar uma dieta para perda de peso (G. C. Williams et al., 2006). Estes resultados, em consonância com os resultados obtidos de autorregulação (motivação autónoma), estão de acordo com a bibliografia estudada. Uma vez que ambos os conceitos de perceção de competência e de autorregulação estão englobados na teoria da autodeterminação, os indivíduos autonomamente motivados estão mais confiantes para atingir resultados relevantes, tendo assim uma maior perceção de competência (Hagger et al., 2006; G. C. Williams et al., 2006).

Os scores da desejabilidade social e autorregulação foram superiores em indivíduos mais velhos, ao contrário da regulação externa, que sofreu uma diminuição. Os valores da perda de peso mantiveram-se relativamente estáveis quando equiparados aos valores médios de idade dos sujeitos estudados. Estes dados estão de acordo com o estudo de Soubelet & Salthouse (2012), no qual verificaram que a desejabilidade social aumenta com a idade (Soubelet & Salthouse, 2012).

Também Poínhos & Correia (2004), concluíram que a obtenção de um score mais elevado, do questionário que avalia a desejabilidade social, pode dever-se a uma amostra com indivíduos de idade superior. O mesmo é possível verificar no presente estudo, sendo que a nossa média de idades foi de 47,5 anos para um score de cerca de 5

pontos acima do score original de Crowne & Marlowe (1960) (Crowne & Marlowe, 1960; Poínhos & Correia, 2004).

Neste estudo apenas foi possível aplicar um modelo de regressão linear à variável independente desejabilidade social. Isto, porque foi a única que demonstrou ter uma correlação (embora fraca) com a perda de peso.

Verificamos que os indivíduos com uma maior percentagem de perda de peso e, consequentemente, um maior sucesso na dieta, obtiveram uma pontuação de desejabilidade mais elevada.

Carels, Cacciapaglia, Rydin, Douglass, & Harper (2006), concluíram que uma maior desejabilidade social está associada a uma menor perda de peso ao fim de 6 meses de intervenção. No entanto a amostra desse mesmo estudo apenas englobou indivíduos obesos e a intervenção foi mais longa, quando comparada aos 15 dias de intervenção do presente estudo, o que poderá significar que a desejabilidade social está associada a uma maior perda de peso inicial mas a uma menor manutenção dos resultados obtidos (Carels et al., 2006).

Embora com diferentes resultados, Carels et al. (2006), concluíram que um maior score de desejabilidade social está associado a uma menor ingestão de calorias e a uma menor referência a lapsos na dieta, o que nos poderá levar a induzir que os indivíduos conseguem obter bons resultados a curto prazo (nomeadamente os 15 dias avaliados neste estudo), no entanto o mesmo poderá não se verificar a longo prazo (Carels et al., 2006).

Williams, Grow, Freedman, Ryan, & Deci (1996), estudaram 128 pacientes que estavam inseridos num programa de peso de 6 meses e fizeram um seguimento de 23 meses desses mesmos indivíduos. Concluíram que os pacientes com uma motivação autónoma cumpriam com mais rigor o plano definido e portanto obtinham resultados superiores, tanto a nível de perda de peso como de manutenção do mesmo. O resultado positivo nestes indivíduos foi obtido através da autonomia na orientação e da perceção de competência proporcionados em grande parte pelos profissionais de saúde que os acompanharam(G. Williams et al., 1996).

Apesar dos resultados favoráveis, este estudo teve a limitação de viés e variáveis de confundimento. Uma destas limitações foi a duração reduzida de tempo entre a 1ª e a

2ª avaliação e a ausência de trabalhos idênticos na literatura, o que dificulta a sua comparação com estudos prévios.

Alguns fatores, nomeadamente o trânsito intestinal e a água corporal total dos indivíduos, são variáveis de confundimento que poderão ter influenciado a perda de peso e consequentemente, influenciado os resultados deste estudo.

A amostra dos estudos anteriormente mencionados foi bastante superior à nossa, bem como o tempo de seguimento dos indivíduos estudados. Este pode ser um dos motivos pelos quais não conseguimos relacionar a perda de peso com o tipo de motivação nem comparar os resultados da motivação autónoma com a motivação externa face ao peso perdido, tendo no entanto conseguido obter resultados positivos no que respeita à variável independente desejabilidade social. O fato de a seleção ter sido elaborada por conveniência faz com que os dados obtidos não possam ser extrapolados para a população em geral.

Após a conclusão do trabalho, considero que teria sido importante questionar os pacientes acerca do motivo da consulta para perda de peso, de modo a conseguir perceber de forma indireta qual seria, à partida, o tipo de motivação dos sujeitos.

Este estudo teve uma amostragem pequena e a sua duração foi curta, tendo sido de apenas 15 dias. Sendo que existem diversos fatores que influenciam a perda de peso, teria sido importante verificar a existência, ou não, de diferenças significativas na perda de peso a longo prazo, num estudo com uma maior duração de tempo. Contudo, embora o estudo de Carels, Cacciapaglia, Rydin, Douglass, & Harper (2006), tenha tido uma maior duração, a sua amostra foi equivalente à nossa em termos de número de participantes (Carels et al., 2006).

Seria ainda interessante verificar se a perda de peso se mantinha ao longo do tempo e fazer um seguimento dos indivíduos estudados, tal como vários autores fizeram nos seus estudos (Silva et al., 2011; Teixeira et al., 2006; G. Williams et al., 1996).

6. Conclusões

Com base nos resultados obtidos e no que diz respeito aos objetivos iniciais do presente estudo, podemos concluir que os scores mais elevados de desejabilidade social evidenciam-se nos indivíduos entre os 43 e os 60 anos. No entanto, no que diz respeito à autorregulação, os scores mais elevados encontram-se nos indivíduos entre os 39 e os 61 anos. Os indivíduos mais jovens, apresentam scores mais elevados no questionário de regulação externa, diminuindo com o aumento da idade.

Concluímos com este estudo que a perda de peso entre indivíduos com diferentes scores de autorregulação e de regulação externa não é muito diferente entre si, sendo que o mesmo se verifica em termos de perceção de competência. Por outro lado, indivíduos com um score mais baixo de desejabilidade social obtiveram menos sucesso na perda de peso (perdendo menos ou até mesmo ganhando algum peso) e os indivíduos com um score máximo de desejabilidade social foram aqueles que perderam mais peso.

Conseguimos ainda concluir que existe uma correlação fraca entre as variáveis perda de peso e desejabilidade social, sendo que não foi encontrada mais nenhuma correlação entre as variáveis estudadas.

A desejabilidade social poderá servir como um potencial preditor no sucesso da perda de peso, no entanto deverão ser realizados mais estudos que relacionem a desejabilidade social, a perceção de competência e o tipo de motivação com a perda de peso. Para alargar o conhecimento nesta área, os novos estudos devem ser adaptados a diferentes populações e mais alargadas, para permitir identificar e controlar eventuais variáveis de confundimento.

7. Bibliografia

Ambwani, S., & Chmielewski, J. F. (2012). Weighing the Evidence: Social Desirability, Eating Disorder Symptomatology, and Accuracy of Self-reported Body Weight Among Men and Women. *Sex Roles*, *68*(7-8), 474–483. doi:10.1007/s11199-012-0244-1

Andrews, P., & Meyer, R. G. (2003). Marlowe-Crowne Social Desirability Scale and short Form C: forensic norms. *Journal of Clinical Psychology*, *59*(4), 483–92. doi:10.1002/jclp.10136

Bandura, A. (1998). Self-Efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of Human behavior* (Vol. 4, pp. 71–81). New York: Academic Press.

Bento, A. (2014). O que é um nutricionista. *Especial Dietas - Ordem Dos Nutricionistas*, 56.

Beretvas, S. N., Meyers, J. L., & Leite, W. L. (2002). A Reliability Generalization Study of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Educational and Psychological Measurement*, *62*(4), 570–589. doi:10.1177/0013164402062004003

Carels, R. a, Cacciapaglia, H. M., Douglass, O. M., Rydin, S., & O'Brien, W. H. (2003). The early identification of poor treatment outcome in a women's weight loss program. *Eating Behaviors*, *4*(3), 265–82. doi:10.1016/S1471-0153(03)00029-1

Carels, R. a., Cacciapaglia, H. M., Rydin, S., Douglass, O. M., & Harper, J. (2006). Can social desirability interfere with success in a behavioral weight loss program? *Psychology & Health*, *21*(1), 65–78. doi:10.1080/14768320500102277

Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, *24*(4), 349–354. doi:10.1037/h0047358

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, *11*(4), 227–268. doi:10.1207/S15327965PLI1104_01

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, *49*(1), 14–23. doi:10.1037/0708-5591.49.1.14

Edmunds, J., Ntoumanis, N., & Duda, J. L. (2007). Adherence and well-being in overweight and obese patients referred to an exercise on prescription scheme: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, *8*(5), 722–740. doi:10.1016/j.psychsport.2006.07.006

Gagné, M., & Deci, E. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organitional Behavior*, *26*, 331–362.

Groesz, L. M., Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review. *The International Journal of Eating Disorders*, *31*(1), 1–16. doi:10.1002/eat.10005

Hagger, M. S., Chatzisarantis, N. L. D., & Harris, J. (2006). The Process by Which Relative Autonomous Motivation Affects Intentional Behavior: Comparing Effects Across Dieting and Exercise Behaviors. *Motivation and Emotion*, *30*(4), 306–320. doi:10.1007/s11031-006-9046-5

Hebert, J. R., Clemow, L., Pbert, L., Ockene, I. S., & Ockene, J. K. (1995). Social Desirability Bias in Dietary Self-Report May Compromise the Validity of Dietary Intake Measures. *International Journal of Epidemiology*, *24*(2), 389–398. doi:10.1093/ije/24.2.389

Hughes, A., Galbraith, D., & White, D. (2011). Perceived competence: a common core for self-efficacy and self-concept? *Journal of Personality Assessment*, *93*(3), 278–89. doi:10.1080/00223891.2011.559390

Johnson, T., & Fendrich, M. (2002). A validation of the Crowne-Marlowe social desirability scale. In *Annual meeting of the American Association for Public Opinion Research* (pp. 1661–1666).

Klesges, L. M., Baranowski, T., Beech, B., Cullen, K., Murray, D. M., Rochon, J., & Pratt, C. (2004). Social desirability bias in self-reported dietary, physical activity and weight concerns measures in 8- to 10-year-old African-American girls: results from the Girls Health Enrichment Multisite Studies (GEMS). *Preventive Medicine*, *38 Suppl*, S78–87. doi:10.1016/j.ypmed.2003.07.003

Leal, E., Miranda, G., & Carmo, C. (2013). Teoria da Autodeterminação : uma Análise da Motivação dos Estudantes do Curso de Ciências Contábeis. *R. Cont. Fin. - USP*, *24*(62), 162–173.

Loo, R., & Thorpe, K. (2000). Confirmatory factor analyses of the full and short versions of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *The Journal of Social Psychology*, *140*(5), 628–35. doi:10.1080/00224540009600503

Mestre, S., & Pais-Ribeiro, J. (2008). Adaptação de três questionários para a população portuguesa baseados na teoria de auto-determinação. In: I.Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marque (Edts.). In *Actas do 7º Congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 623–626).

Mestre, S., & Ribeiro, J. P. (2010). Percepção de saúde e percepção de competência : a psicologia positiva no tratamento da obesidade. In *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigaçao em Psicologia* (pp. 1388–1396).

Mossavar-Rahmani, Y., Tinker, L. F., Huang, Y., Neuhouser, M. L., McCann, S. E., Seguin, R. a, … Prentice, R. L. (2013). Factors relating to eating style, social desirability, body image and eating meals at home increase the precision of calibration equations correcting self-report measures of diet using recovery

biomarkers: findings from the Women's Health Initiative. *Nutrition Journal*, *12*, 63. doi:10.1186/1475-2891-12-63

Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis. *Perspectives on Psychological Science : A Journal of the Association for Psychological Science*, *7*(4), 325–40. doi:10.1177/1745691612447309

Organização Mundial de Saúde. (2000). *OBESITY : PREVENTING AND MANAGING THE GLOBAL EPIDEMIC*. *WHO Technical Report Series* (pp. 1–253).

Patterson, R. E., Kristal, A. R., & White, E. (1996). Do Beliefs , Knowledge , and Perceived Norms about Diet and Cancer. *American Journal of Public Health*, *86*(10).

Paulhus, D. (1984). Two-component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, *46*(3), 598–609.

Paunonen, S. V, & LeBel, E. P. (2012). Socially desirable responding and its elusive effects on the validity of personality assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, *103*(1), 158–75. doi:10.1037/a0028165

Poínhos, R., & Correia, F. (2004). *Efeitos da Motivação e do Acompanhamento no Tratamento da Obesidade*. *FCNAUP*. FCNAUP.

Poínhos, R., Correia, F., Faneca, M., Ferreira, J., Gonçalves, C., Pinhão, S., & Medina, J. (2008). Desejabilidade Social e Barreiras ao Cumprimento da Terapêutica Dietética Em Mulheres com Excesso de Peso. *Acta Med Port.*, *21*(3), 221–228.

Ribas, R., Moura, M. L., & Hutz, C. (2004). Adaptação brasileira da Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne Brazilian adaptation of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Avaliação Psicológica*, *3*(2), 83–92.

Ryan, R. M., Connell, J. P., Grolnick, W., Lynch, J., Frederick, C., Mellor-, C., … Deci, E. (1989). Perceived Locus of Causality and Internalization : Examining Reasons for Acting in Two Domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*(5), 749–761.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, *55*(1), 68–78.

Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance : Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, *10*, 2–5.

Ryan, R., Williams, G., Patrick, H., & Deci, E. (2009). Self-determination theory and physical activity: The dynamics of motivation in development and wellness. *Hellenic Journal of Psychology*, *6*, 107–124.

Sánchez-García, S., García-Peña, C., Duque-López, M. X., Juárez-Cedillo, T., Cortés-Núñez, A. R., & Reyes-Beaman, S. (2007). Anthropometric measures and nutritional status in a healthy elderly population. *BMC Public Health*, *7*(2), 1–9. doi:10.1186/1471-2458-7-2

Scagliusi, F., Cordás, T., Polacow, V., Coelho, D., Alvarenga, M., Philippi, S., & Lancha Jr, A. (2004). Tradução da escala de desejo de aceitação social de Marlowe & Crowne para a língua portuguesa. *Rev. Psiq. Clin*, *31*(6), 272–278.

Silva, M. N., Markland, D., Carraça, E. V, Vieira, P. N., Coutinho, S. R., Minderico, C. S., … Teixeira, P. J. (2011). Exercise autonomous motivation predicts 3-yr weight loss in women. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *43*(4), 728–37. doi:10.1249/MSS.0b013e3181f3818f

Silva, M. N., Markland, D., Minderico, C. S., Vieira, P. N., Castro, M. M., Coutinho, S. R., … Teixeira, P. J. (2008). A randomized controlled trial to evaluate self-determination theory for exercise adherence and weight control: rationale and intervention description. *BMC Public Health*, *8*(234), 1–13. doi:10.1186/1471-2458-8-234

Silva, M. N., Markland, D., Vieira, P. N., Coutinho, S. R., Carraça, E. V., Palmeira, A. L., … Teixeira, P. J. (2010). Helping overweight women become more active: Need support and motivational regulations for different forms of physical activity. *Psychology of Sport and Exercise*, *11*(6), 591–601. doi:10.1016/j.psychsport.2010.06.011

Silva, M. N., Teixeira, P. J., Vieira, P. N., Minderico, C. S., Castro, M., Coutinho, S., … Sardinha, L. B. (2007). Programa P.E.S.O. - Promoção do Exercicio e Saúde na Obesidade: Metodologia e Descrição da Intervenção. *ENDO - Endocrinologia, Diabetes E Obesidade*, *1*(1), 17–28.

Silva, M. N., Vieira, P. N., Coutinho, S. R., Minderico, C. S., Matos, M. G., Sardinha, L. B., & Teixeira, P. J. (2010). Using self-determination theory to promote physical activity and weight control: a randomized controlled trial in women. *Journal of Behavioral Medicine*, *33*(2), 110–22. doi:10.1007/s10865-009-9239-y

Soubelet, A., & Salthouse, T. (2012). Influence of social desirability on age differences in self-reports of mood and personality. *National Institutes of Health*, *79*(4), 741–762. doi:10.1111/j.1467-6494.2011.00700.x.Influence

Stöber, J. (2001). The Social Desirability Scale-17 (SDS-17). *European Journal of Psychological Assessment*, *17*(3), 222–232. doi:10.1027//1015-5759.17.3.222

Teixeira, P. J., Carraça, E. V, Markland, D., Silva, M. N., & Ryan, R. M. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: a systematic review. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *9*(78), 1–30. doi:10.1186/1479-5868-9-78

Teixeira, P. J., Going, S. B., Houtkooper, L. B., Cussler, E. C., Metcalfe, L. L., Blew, R. M., … Lohman, T. G. (2006). Exercise Motivation, Eating, and Body Image

Variables as Predictors of Weight Control. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, *38*(1), 179–188. doi:10.1249/01.mss.0000180906.10445.8d

Teixeira, P. J., Silva, M. N., Mata, J., Palmeira, A. L., & Markland, D. (2012). Motivation, self-determination, and long-term weight control. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *9*(22), 1–13.

Vartanian, L. R., Herman, C. P., & Polivy, J. (2007). Consumption stereotypes and impression management: how you are what you eat. *Appetite*, *48*(3), 265–77. doi:10.1016/j.appet.2006.10.008

Williams, G. C., McGregor, H. a, Sharp, D., Levesque, C., Kouides, R. W., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Testing a self-determination theory intervention for motivating tobacco cessation: supporting autonomy and competence in a clinical trial. *Health Psychology : Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *25*(1), 91–101. doi:10.1037/0278-6133.25.1.91

Williams, G., & Deci, E. (2001). Activating Patients for Smoking Cessation Through Physician Autonomy Support. *Medical Care*, *39*(8), 813–823.

Williams, G., Grow, V., Freedman, Z., Ryan, R., & Deci, E. (1996). Motivational Predictors of Weight Loss and Weight-Loss Maintenance. *Journal or Personality and Social Psychology*, *70*(I), 115–126.

Williams, G., McGregor, H., Zeldman, A., Freedman, Z., & Deci, E. (2004). Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology*, *23*(1), 58–66. doi:10.1037/0278-6133.23.1.58

World Medical Association. (2001). Declaration of Helsinki. *Bulletin of the World Health Organization*, *79*(4), 373–4.

Anexos

Anexo I - Modelo Consentimento Informado

COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR, CRL
EGAS MONIZ

Consentimento Informado

Código | IMP:EM.PE.17_02

Almada, Outubro 2016

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado em Nutrição Clínica do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, sob a orientação da Professora Doutora Fernanda de Mesquita, solicita-se autorização para a participação no estudo de " Avaliação da relação da desejabilidade social, da perceção de competência para a dieta e do tipo de motivação no sucesso da perda de peso em indivíduos com excesso de peso e obesidade ".

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.
Este estudo pode trazer benefícios ao progresso do conhecimento.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo orientador e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

(Riscar o que não interessa)
ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

_____
(Assinatura do participante)

Anexo II - Escala de desejabilidade social de *Marlowe-Crowne*

Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne

Leia cada afirmação e decida se ela o descreve a si ou não. Se concordar com uma afirmação ou achar que ela o descreve, faça uma linha em volta da letra "V" ("Verdadeiro"). Se discordar da afirmação ou achar que ela não o descreve, faça uma linha em volta da letra "F" ("Falso").

V F Antes de votar eu examino detalhadamente o currículo de todos os candidatos.

V F Eu não tenho dúvidas em fazer qualquer coisa para ajudar alguém em dificuldades.

V F Algumas vezes é difícil eu continuar com o meu trabalho se eu não sou encorajado.

V F Eu nunca tive uma forte antipatia por ninguém.

V F Em algumas ocasiões eu tive dúvidas sobre minha capacidade para vencer na vida.

V F Às vezes eu fico ressentido quando não consigo fazer o que eu quero.

V F Eu sou sempre cuidadoso com a minha maneira de vestir.

V F Os meus modos na mesa são tão bons em casa quanto são na rua, quando eu como fora, num restaurante por exemplo.

V F Se eu tivesse certeza que ninguém iria ver, eu provavelmente entraria num cinema sem pagar a entrada.

V F Algumas vezes eu desisti de fazer coisas porque achei que não era capaz.

V F De vez em quando eu gosto de fofocar.

V F Em algumas ocasiões eu senti vontade de me revoltar contra chefes ou pessoas no comando, mesmo sabendo que elas estavam certas.

V F Eu sou sempre um bom ouvinte, não importa com quem eu esteja conversando.

V F Eu lembro-me de ter fingido estar doente para escapar de alguma coisa.

V F Houve ocasiões em que me aproveitei de alguém.

V F Eu estou sempre disposto a admitir, quando eu cometo um erro.

V F Eu tento sempre agir da mesma maneira como digo aos outros para fazer.

V F Eu não acho tão difícil lidar com pessoas desbocadas e desagradáveis.

V F Às vezes, em vez de perdoar e esquecer, eu procuro vingar-me.

V F Quando eu não sei alguma coisa eu não me importo nem um pouco em admitir.

V F Eu sou sempre educado, mesmo com pessoas desagradáveis.

V F Às vezes eu realmente insisto para fazer as coisas do meu jeito.

V F Em algumas ocasiões senti vontade de quebrar as coisas.

V F Eu nunca deixaria que outra pessoa fosse castigada pelos meus erros.

V F Eu nunca fico chateado quando me pedem para retribuir um favor.

V F Eu nunca fico irritado quando pessoas expressam ideias muito diferentes das minhas.

V F Eu nunca saio de casa para um passeio longo sem verificar se o gás está desligado.

V F Em certas ocasiões eu senti bastante inveja da boa sorte dos outros.

V F Eu quase nunca tenho vontade de dar uma resposta malcriada a alguém.

V F Às vezes eu fico irritado com pessoas que me pedem favores.

V F Eu nunca achei que fui castigado sem uma razão.

V F Às vezes eu penso que quando acontece uma coisa má com as pessoas é porque elas mereceram.

V F Eu nunca falei de propósito alguma coisa que tenha magoado alguém.

Anexo III - Questionário de Autorregulação

Questionário Auto-regulação

A seguir indicamos algumas das possíveis razões para uma pessoa controlar o seu peso (ter cuidados com alimentação, fazer exercício físico, etc.). De 1 a 7, em que 1 significa *"nada verdadeiro"* e 7 *"totalmente verdadeiro"*, até que ponto considera que cada uma das seguintes razões se aplica ao seu caso?

Eu controlo (ou gostava de controlar) melhor o meu peso…

	(nada verdadeiro) **1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	(totalmente verdadeiro) **7**
…por sentir que quero ser eu o principal responsável pela minha saúde	1	2	3	4	5	6	7
…por me sentir culpado/a ou envergonhado/a se aumentar/continuar com este peso	1	2	3	4	5	6	7
…por acreditar mesmo que é a melhor coisa para a minha saúde	1	2	3	4	5	6	7
…porque há pessoas que ficariam chateadas comigo se não o fizesse	1	2	3	4	5	6	7
…mas não penso no assunto, de todo	1	2	3	4	5	6	7
…por ter pensado seriamente no assunto e acreditar que é muito importante para vários aspetos da minha vida	1	2	3	4	5	6	7
…por me sentir mal comigo mesmo/a se não o fizer	1	2	3	4	5	6	7
…por ser uma escolha importante que quero mesmo fazer	1	2	3	4	5	6	7
…por me sentir pressionado/a (por alguém) para o fazer	1	2	3	4	5	6	7
…por estar de acordo com os meus objetivos de vida	1	2	3	4	5	6	7
…por querer que os outros apreciem o que estou a fazer	1	2	3	4	5	6	7
…porque é muito importante, para me manter o mais saudável possível	1	2	3	4	5	6	7
…por querer mostrar (a alguém) que consigo fazê-lo	1	2	3	4	5	6	7
…mas não sei por que razão o faço/faria	1	2	3	4	5	6	7

Anexo IV - Escala de Perceção de Competências

Escala de Perceção de Competência

De 1 a 6, até que ponto concorda com cada uma das seguintes **afirmações**?

	(nada verdadeiro) **1**	**2**	**3**	**4**	**5**	(totalmente verdadeiro) **6**
Sinto-me confiante na minha capacidade em manter uma dieta saudável						
Neste momento, sinto-me capaz de manter uma dieta saudável						
Sou capaz de manter permanentemente uma dieta saudável						
Sou capaz de enfrentar o desafio de manter uma dieta saudável						