

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

ESTILOS EDUCATIVOS PARENTAIS,
HÁBITOS/COMPORTAMENTOS ALIMENTARES E
SINTOMAS DE PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO
ALIMENTAR, NUMA AMOSTRA DE ADOLESCENTES



CLÁUDIA ISABEL ANTUNES DE CARVALHO

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, 2012



Estilos educativos parentais, hábitos/comportamentos alimentares
e sintomas de perturbações do comportamento alimentar, numa
amostra de adolescentes

CLÁUDIA ISABEL ANTUNES DE CARVALHO

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia
Clínica

Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Mariana Marques

Coimbra, outubro de 2012

Figura da Capa: Esta imagem foi obtida em 22, setembro, 2012, em <http://www.raisingmyboys.net/2012/05/staying-healthy-with-adult-essentials.html>.

Pretende simbolizar os hábitos/comportamentos alimentares transmitidos pelos pais e pela sociedade e as perturbações do comportamento alimentar.

À Professora Doutora Mariana Vaz Pires Marques

AGRADECIMENTOS

Ao longo desta caminhada muitas foram as pessoas que me apoiaram contribuindo de forma direta ou indiretamente para a conclusão deste trabalho. A todos que partilharam este percurso e valorizaram os meus interesses deixo o meu agradecimento:

À minha orientadora **Professora Doutora Mariana Marques**, por me ter guiado ao longo deste ano, pela confiança em mim depositada, pela sua disponibilidade, dedicação e apoio.

Aos meus pais, **Maria Celeste Carvalho Antunes** e **Hermano Carvalho**, por me terem ensinado a ser a pessoa batalhadora que sou e pelo apoio e coragem que me deram para não desistir dos meus objetivos mesmo nos momentos em que o caminho parecia ser longo demais para o percorrer.

À **Doutora Antónia Moleirinho das Neves** por ter disponibilizado tempo no meu horário de trabalho para a realização desta dissertação, pelo carinho e apoio.

Aos meus colegas de mestrado pelos sorrisos, trocas constantes de conhecimento e experiências de vida. Principalmente ao **José Amsellem**, à **Liliana Conceição** e à **Maria Inês Silva** que contribuíram para a realização desta dissertação.

Às minhas amigas, **Diana Simões**, **Joana Camões**, **Marisa Carvalho** e **Sara Moitinho**, pela amizade, pelas alegrias, por nunca desistirem de acreditar em mim, por me terem ajudado a acreditar nas minhas capacidades e por me terem acompanhado nesta caminhada.

Ao **Tiago Caldeira** pelo carinho, apoio incondicional, paciência e força que me ajudaram concluir esta tese.

E por último, mas não menos importante às **escolas** e aos **jovens** que permitiram e aceitaram fazer parte deste estudo.

A todos o meu sincero Obrigada

RESUMO

Introdução: Quer na literatura internacional, quer nacional são poucos os estudos que exploram a associação entre os estilos educativos parentais, os hábitos/comportamentos alimentares e a sintomatologia de perturbação do comportamento alimentar (PCA). Pretende-se, então, com este estudo, fundamentalmente, explorar associações entre as dimensões de um instrumento que avalia estilos educativos parentais (o *Parental Rearing Style Questionnaire for use With Adolescents*/EMBU-A), dimensões de um teste que avalia sintomatologia de PCA (Teste de Atitudes Alimentares/TAA-25), índice de massa corporal (IMC), itens que avaliam hábitos/comportamentos alimentares e diferentes variáveis sociodemográficas, familiares e de saúde. Em função das associações encontradas pretendemos, igualmente, explorar quais as variáveis preditivas da sintomatologia de PCA e dos hábitos/comportamentos alimentares.

Metodologia: 402 adolescentes (raparigas: $n = 241$, 60%) entre os 12 e 18 anos ($M = 14,2$; $DP = 1,62$) das cidades de Coimbra, Cantanhede e Matosinhos preencheram um protocolo composto por um questionário sobre variáveis sociodemográficas, familiares e de saúde, o EMBU-A e o TAA-25.

Resultados: Verificou-se, de uma forma geral, uma associação negativa entre a dimensão Suporte Emocional do EMBU-A, as dimensões do TAA-25 e a pontuação total deste instrumento. No sentido oposto, verificou-se, genericamente, uma associação positiva geral entre as dimensões Sobreproteção e Rejeição e os mesmos resultados relativos ao TAA-25. A prática de desporto mostrou-se associada a uma pontuação média superior de Motivação para a Magreza e da pontuação total do TAA-25. Nas análises preditivas foi possível constatar que o Suporte Emocional tende a diminuir a probabilidade dos jovens manifestarem sintomatologia de PCA. Por oposição, a Rejeição tende a aumentar a probabilidade dos jovens apresentarem esta sintomatologia.

Conclusão/Discussão: A dimensão Suporte Emocional do EMBU-A parece ser protetora do surgimento de sintomatologia de PCA e de hábitos/comportamentos disfuncionais nos adolescentes, enquanto a dimensão Rejeição parece aumentar o risco do desenvolvimento dessa sintomatologia e desses hábitos/comportamentos alimentares. Neste sentido, devem ser trabalhadas estas dimensões junto dos pais, eventualmente através de programas psicoeducativos. Também nas escolas e centros de saúde podem ser implementados programas com vista a melhorar os hábitos/comportamentos alimentares e ajudar a prevenir o surgimento de PCA.

Palavras-chave: estilos educativos parentais; hábitos/comportamentos alimentares; sintomas de perturbações do comportamento alimentar; adolescentes.

ABSTRACT

Introduction: There are few studies both in the international and national literature exploring the association between parental educational styles, eating habits/behaviours and symptoms of Eating Disorders (ED). With this study we intend to examine the associations between the dimensions of an instrument assessing parenting styles (Parental Rearing Style Questionnaire for Adolescents/ EMBU-A), dimensions of a test assessing symptoms of eating disorders (Eating Attitudes Test-25/EAT-25), Body Mass Index (BMI), items assessing eating habits/behaviors and different sociodemographic family and health variables. Based on the associations found, we also intend to explore which are the variables that show to be predictors of symptoms of eating disorders and eating habits/behaviours.

Methodology: 402 adolescents (girls: $n = 241$, 60%) between 12 and 18 years old ($M = 14,2$, $SD = 1,62$) from Coimbra, Cantanhede and Matosinhos completed a protocol consisting of a sociodemographic questionnaire, the EMBU-A and the EAT-25.

Results: In general, we found a negative association between the Emotional Support dimension of EMBU-A, the EAT-25 dimensions and the total score of this instrument. In opposition, there was, generally, a positive association between the Overprotection and Rejection dimensions (EMBU-A) and the same results of the EAT-25. Sports' practice was associated with a higher mean score of Motivation for Thinness and the total score of the EAT-25. In the predictive analyses, we verified that Emotional Support tends to decrease the likelihood of adolescents manifesting symptoms of ED. In contrast, Rejection tends to increase the likelihood of young people presenting these symptoms.

Conclusion/Discussion: The dimension of Emotional Support from the EMBU-A seems to be protective of the appearance of symptoms of ED and of dysfunctional eating habits/behaviors in adolescents, while Rejection appears to increase the risk of developing such symptoms and these eating habits/behaviors. For these reasons, these dimensions should be worked together with parents, eventually by means of psicoeducational programs. Also, in schools and health centers programs can be implemented in order to improve eating habits/behaviors and to help prevent the development of ED.

Key-words: rearing parental styles; eating habits/behaviour; eating disorders symptoms, teenagers;

INTRODUÇÃO

A adolescência, os hábitos/comportamentos alimentares e as perturbações do comportamento alimentar

A adolescência é uma etapa fundamental no desenvolvimento humano. É um período de transição entre a infância e a vida adulta, constituído por transformações físicas/biológicas, psicológicas e sociais. O jovem começa a adquirir autonomia, responsabilidades e as alterações no corpo ocorrem paralelamente à constituição da personalidade, refletindo-se no desenvolvimento afetivo-emocional do indivíduo (Alvarenga & Dunker, 2004; Oliveira, Albuquerque, Carvalho, Sedin, & Silva, 2009). A perda do corpo infantil, decorrente das transformações desencadeadas pela puberdade e o surgir de uma nova imagem corporal é um dos principais conflitos enfrentados pelo adolescente (Guimarães, 2009). A mudança de corpo e de peso altera a imagem mental que o adolescente faz de si, sentindo-se desproporcional com o seu corpo criando uma imagem corporal negativa (Alvarenga & Dunker, 2004). A puberdade pode não só agravar conflitos (dependência, insegurança e individualidade), mas também aumentar as dificuldades sentidas pelos adolescentes. Estes nem sempre conseguem ultrapassá-las sem que as consequências emocionais influenciem negativamente a sua alimentação (Guimarães, 2009). Para compensar estas frustrações alguns adolescentes comem em exagero, muitas vezes, alimentos que os pais não aprovam e em horários irregulares enquanto outros excluem alimentos através de dietas drásticas. Spada (2007, cit. in Guimarães, 2009) comenta que os alimentos são considerados condutores de afetos. O problema surge quando há uma tentativa de substituir os afetos e/ou de resolver conflitos e rejeições através da ingestão ou da restrição alimentar. Assim o comportamento “comer” torna-se uma recompensa substitutiva de emoções frustradas. Desta forma, a adolescência é uma fase mais favorável ao desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar (Guimarães, 2009).

A alimentação é fundamental para o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes (Teixeira, 2008). O período da adolescência é uma fase em que os hábitos/comportamentos alimentares começam a consolidar-se e muitos deles serão mantidos ao longo da vida (Madruga, 2010). A família é a primeira instituição que contribui para a formação dos hábitos/comportamentos alimentares das crianças. É responsável pela compra e confeção dos alimentos em casa, transmitindo os seus hábitos/comportamentos alimentares às crianças (Gambardella, Frutuoso, & Franch 1999). Neste estudo, cerca de 87% dos adolescentes

referem ter sempre ou quase sempre comida em abundância em casa e 90% referem que foram sempre ou geralmente sempre servidos vegetais ao jantar.

Na adolescência é típico o “saltar” das refeições (principalmente o pequeno almoço) ou a sua substituição por lanches ricos em gordura e o baixo consumo de frutas e vegetais (Quaioti & Almeida, 2006). Carvalho, Rodrigues, Carvalho e Gonçalves (2006) estudaram os hábitos alimentares numa amostra de 466 alunos entre os 10 e 19 anos. Verificaram que 23,6% dos alunos comem vegetais, 45,7% comem fruta diariamente e 73,3% bebem leite todos os dias. Num estudo realizado por Machado, Alves e Couceiro (2011) os resultados obtidos foram semelhantes ao estudo anterior acrescentando que o consumo de vegetais e fruta é maior nas raparigas que nos rapazes. Já os rapazes parecem comer lanches pouco saudáveis mais vezes que as raparigas. Ainda assim, são os rapazes mais velhos que comem mais vegetais por dia, por comparação com os adolescentes mais novos (Pearson, MacFarlane, Crawford, & Biddle 2009b). Também os rapazes consomem diariamente mais doces e refrigerantes que as raparigas (Carvalho et al., 2006; Machado et al., 2011).

Vários estudos referem que as raparigas tomam o pequeno-almoço menos vezes do que os rapazes (Pearson et al., 2009b; Machado et al., 2011) verificando-se, ainda, que este comportamento tende a aumentar com a idade (Pearson et al., 2009b). Adolescentes com peso superior ao normal reportam mais vezes não comer nada ao pequeno-almoço e ingerirem poucos vegetais e frutas diariamente (Videon & Manning, 2003). Keski-Rahkonen (2003) explica que estes métodos utilizados pelas adolescentes para controlar peso, em alguns casos, particularmente o não tomar o pequeno-almoço, devem-se à insatisfação pelo corpo, às dietas e até mesmo às PCA. A busca incessante pela magreza e a pressão social promovida pelos *mass media* associada à necessidade de adaptação à sociedade e a uma baixa autoestima são fatores que determinam a insatisfação corporal. Esta insatisfação, juntamente com fatores individuais, familiares e orgânicos pode contribuir para a alteração dos hábitos/comportamentos alimentares e para o início de comportamentos de risco como as PCAs, envolvendo recorrendo dietas restritivas e outros métodos de controlo de peso, como o exercício físico excessivo (Alvarenga & Dunker, 2004; Guimarães, 2009).

As PCAs classificam-se, genericamente, em Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Perturbação do Comportamento Alimentar sem Outra Especificação (PCASOE). A AN diz respeito à recusa em manter um peso corporal normal mínimo e a BN caracteriza-se por episódios repetitivos de voracidade alimentar, em que o sujeito recorre a comportamentos compensatórios inapropriados (vômito autoinduzido, abuso de laxantes, diuréticos, jejum e exercício físico excessivo). A PCASOE aplica-se quando a perturbação

alimentar não preenche os critérios para AN e BN. Dentro da PCASOE insere-se a Perturbação da Ingestão compulsiva (PIC), o sujeito tem a sensação de perda de controlo nos episódios de empanturramento e em que, ao contrário de na BN, não recorrem a estratégias para impedir os efeitos nocivos dos episódios de ingestão compulsiva (APA, 2002).

A AN e a BN são problemas psicopatológicos que afetam principalmente as mulheres jovens (Machado, Soares, Sampaio, Torres, Gouveia, & Cost-B6, 2004). A prevalência destas perturbações tem aumentado significativamente nos últimos anos e tem despertado maior interesse devido ao aumento das taxas de mortalidade e do grau de morbilidade que lhes estão associadas (Brasil & Moraes, 2007). De facto, a AN é a perturbação do comportamento alimentar que maior taxa de mortalidade apresenta entre as perturbações psiquiátricas (Paiva, 2010; Smink, Hoeken, & Hoek, 2012). Uma revisão recente da literatura (Smink et al., 2012) refere um aumento do risco de AN na faixa etária dos 15-19 anos. A ocorrência da BN pode ter diminuído desde o início da década de noventa. Comparado com outras PCAs, a PIC é mais comum entre os homens e indivíduos mais velhos.

Alvarenga, Scagliusi e Philippi (2011) encontraram uma prevalência elevada e preocupante de comportamentos de risco para PCA entre estudantes universitárias no Brasil, variando a mesma entre 23,7% e 30,1%. Os estudos realizados em Portugal sobre a prevalência/incidência das PCAs são escassos. Carmo et al., (1996), num estudo conduzido em Lisboa e Setúbal, encontraram uma prevalência de 0,37%, para a AN e 12,6% para a BN. Machado e colaboradores (2007) encontraram uma prevalência de 0,39% para a AN e 0,64% para a BN. Pocinho (1999) avaliou 549 estudantes do ensino secundário e superior no distrito de Coimbra, tendo sido estimada uma prevalência de 0,6% para AN, de 1,2% para a BN e de 19% para a PCASOE. Num estudo realizado nas escolas secundárias da Ilha de S. Miguel (Região Autónoma dos Açores) obteve-se uma prevalência total para as PCAs de 0,65% (Azevedo & Ferreira, 1992).

Estilos Educativos Parentais

Os estilos educativos parentais têm sido amplamente estudados na literatura, pelo seu impacto ao nível do desenvolvimento e bem-estar do jovem/adulto (Meeus, 1996).

É importante diferenciar *estilos educativos parentais* de *práticas educativas parentais* que são, muitas vezes, usados indiscriminadamente. Darling e Steinberg (1993) apresentam esta distinção, definindo *estilos educativos parentais* como um conjunto de atitudes dos pais para com as crianças, criando um clima emocional no qual se expressam as várias práticas parentais (e.g. elogios ou punições). As *práticas educativas parentais* são definidas como

comportamentos específicos orientados por objetivos de socialização, pelos quais os pais cumprem as suas responsabilidades parentais em determinados contextos específicos.

Os estilos educativos parentais têm sido estudados seguindo uma abordagem dimensional ou categorial. Dentro da abordagem dimensional dos *estilos educativos parentais* são vários os autores que referem diferentes dimensões. Symonds (1939, cit. in Darling & Steinberg, 1993) referem as dimensões aceitação/rejeição e dominância/submissão e Baldwin (1955, cit. in Darling & Steinberg, 1993) considerou o calor emocional/hostilidade e a autonomia/controlo. Dentro de uma abordagem categorial, Baumrind (1971, 1989) em 1967 e 1971 especificou uma função geral - o controlo - distinguindo três tipos de controlo parental: autoritário, autoritativo e permissivo. Seguindo uma leitura também categorial, Maccoby e Martin (1983) propõem uma tipologia de estilos parentais definida a partir de duas dimensões: o controlo/exigência (*demandingness*) que diz respeito ao grau em que os pais revelam controlo e supervisão e exigem maturidade e o suporte/apoio emocional (*responsiveness*) que se refere ao grau com que os pais revelam calor afetivo, aceitação e envolvimento. A combinação destas duas dimensões permite definir quatro estilos educativos parentais (autoritativo, autoritário, permissivo e negligente). Pais autoritativos são exigentes, responsivos, controladores, mas não restritivos. Pais autoritários são exigentes, mas não responsivos. Pais permissivos são tidos como responsivos e não exigentes, e, finalmente, pais negligentes apresentam-se como não sendo responsivos nem exigentes.

Estilos educativos parentais, hábitos/comportamentos alimentares e PCAs

Como já referido, o ambiente familiar é apontado como um contexto crítico para o desenvolvimento dos comportamentos alimentares (Tinsley, 2003). São várias as pesquisas que têm evidenciado que a qualidade da relação entre pais e adolescentes pode contribuir para o desenvolvimento de comportamentos de risco (e.g. sexo desprotegido, consumo de álcool/drogas/tabaco e alimentação) na saúde dos seus filhos (Newman, Harrison, Dashiff, & Davies, 2008). Videon (2005) refere que o pai pode exercer um impacto significativo e substancial no bem-estar psicológico do adolescente, para além da influência da mãe.

Ainda que não numa amostra de adolescentes, num estudo realizado com meninas de cinco anos foi encontrada uma associação negativa entre a pressão para comer e a ingestão de frutas e vegetais. Os pais que consomem menos frutas e vegetais tendem a pressionar as filhas para comer este tipo de alimentos, mas a pressão sofrida faz com que elas consumam menos frutas, legumes e a ingiram menos micronutrientes (Fisher, Mitchell, Smiciklas-wright, & Birch, 2002). Um estudo com crianças de 54 meses mostrou que o facto de os pais

serem autoritativos (definidos por níveis de sensibilidade materna e expectativas para o autocontrolo) se associava a uma menor prevalência de excesso de peso nos seus filhos, por oposição com o que sucedia com os filhos de pais autoritários (altas expectativas de autocontrolo e baixa sensibilidade) (Rhee, Lumeng, Appugliese, Hacıroti, & Bradley, 2006). Haycraft e Blissett, 2009 encontraram associações entre o estilo permissivo e sintomas de magreza, enquanto a sintomatologia bulímica parece estar associado ao estilo autoritário.

Quer no nosso país, quer no que diz respeito à literatura internacional, são poucos os estudos realizados associando hábitos/comportamentos alimentares e presença de sintomatologia de PCA com a abordagem categorial e dimensional dos estilos educativos parentais. Numa perspetiva categorial, a literatura refere que os adolescentes de famílias autoritativas têm comportamentos alimentares mais saudáveis que outros tipos de famílias. Verifica-se um maior consumo de frutas e vegetais (Kremers, Brug, Vries, & Engels, 2003), a toma do pequeno-almoço mais dias por semana. Para além disso, embora estes jovens comam lanches pouco saudáveis fazem-no em menor quantidade quando comparados com os filhos de pais com outros estilos educativos parentais (Pearson et al., 2009a; Lytle, 2003). Seguindo uma abordagem dimensional. Tereno e colaboradores (2007) usando o EMBU “Memórias de infância” exploraram a associação entre os estilos educativos parentais e o vínculo terapêutico em pacientes com anorexia e bulimia nervosa. As pacientes com anorexia nervosa com um bom vínculo terapêutico apresentavam uma perceção de maior Suporte Emocional e de menor rejeição por parte do pai, enquanto que as pacientes bulímicas com um melhor vínculo terapêutico apresentavam uma perceção de maior Suporte Emocional materno, menor Rejeição materna e a menor Sobreproteção paterna.

Alguns estudos têm apontado para uma relação entre as variáveis sociodemográficas e o comportamento alimentar dos filhos. O nível educacional parental parece ter um efeito positivo sobre os padrões de consumo dos adolescentes (Videon & Manning, 2003; MacFarlane et al., 2007; Pearson et al., 2009b). Pearson e seus colaboradores (2009b) verificaram que os rapazes cujas mães têm um nível médio de escolaridade são menos propensos a ter baixos níveis de consumo de vegetais. MacFarlane, Crawford, Ball, Savige e Worsley (2007) verificaram que os adolescentes com mães com mais escolaridade reportam comer sempre ou quase sempre vegetais ao jantar. Estes adolescentes referem, ainda, que a refeição da noite é sempre ou geralmente sempre um momento em que a sua família se encontra e conversa, em comparação com adolescentes cujas mães tem menos escolaridade. Os vegetais, frutas e sumos naturais são alimentos que existem sempre em casa das mães com maior escolaridade, de acordo com as respostas apresentadas pelos adolescentes deste estudo.

Os adolescentes (raparigas e rapazes) com mães com níveis educacionais elevados são menos propensos a saltar o pequeno-almoço. Os adolescentes cujas mães possuem níveis de ensino médio têm maior probabilidade de diminuir o consumo de lanches e as adolescentes cujas mães tem mais educação são menos propensas a aumentar o seu consumo de “*snacks*” (que aqui traduzimos como lanches calóricos) (Pearson et al., 2009b). Alimentos como batatas fritas, salgados, chocolates, rebuçados, refrigerantes, bebidas desportivas e energéticas são referidos mais vezes pelos adolescentes com mães com baixa e média escolaridade como sendo alimentos que estão sempre disponíveis em casa (MacFarlane et al., 2007). Segundo MacFarlane e colaboradores (2010), num estudo realizado com adolescentes, com o objetivo de comparar a preocupação dos pais com o peso dos filhos, não foram encontraram associações com a escolaridade da mãe.

Num estudo longitudinal as raparigas de famílias nucleares (vs. famílias monoparentais) apresentaram menor probabilidade de aumentar o consumo de lanches calóricos. Comparando o tipo de famílias com ou sem irmãos, as raparigas sem irmãos tendem a “saltar” o pequeno-almoço, enquanto os rapazes com irmãos são mais propensos a um baixo consumo de vegetais. No mesmo estudo verificou-se que raparigas cujas mães estavam desempregadas têm maior probabilidade de diminuir o consumo de lanches calóricos e menor probabilidade de aumentar o consumo de *fast-food* (Pearson et al., 2009b).

Objetivos

Dado a pertinência do tema e a escassez de estudos (internacionais e nacionais) que associem os estilos educativos parentais (particularmente seguindo uma abordagem dimensional) com sintomas das PCAs e os hábitos/comportamentos alimentares, este estudo tem como principais objetivos: 1) primeiramente, verificar se existem diferenças de sexo nas dimensões do EMBU-A (Suporte Emocional, Sobreproteção e Rejeição), nas dimensões do TAA-25 (Motivação para a Magreza, Comportamentos Bulímicos e Pressão Social para Comer), TAA-25 total, IMC e TAA-25 dicotomizado, de acordo com o ponto de corte de 19; 2) testar associações entre as diferentes dimensões do EMBU-A, dimensões do TAA-25, pontuação total do TAA-25, IMC e TAA-25 dicotomizado de acordo com o ponto de corte de 19; 3) explorar eventuais associações entre diferentes variáveis sociodemográficas, familiares e de saúde consideradas neste estudo e as dimensões do TAA-25, pontuação total do TAA-25, IMC e pontuação total do TAA-25 dicotomizada de acordo com o ponto de corte de 19; 4) explorar associações entre itens avaliando hábitos/comportamentos alimentares e diferentes variáveis sociodemográficas, familiares e de saúde; 5) em virtude das diversas

associações encontradas, realizar análises preditivas (considerando as dimensões do TAA-25, IMC, TAA-25 dicotomizado e itens avaliando hábitos/comportamentos alimentares como variáveis dependentes, que pretendemos predizer).

METODOLOGIA

Procedimentos

Foi apresentado junto do Diretor/Conselho Pedagógico de cada escola (Escola João Gonçalves Zarco de Matosinhos, Escola Fernando Namora, de Condeixa, Agrupamento de escolas Gândara-Mar, da Tocha, e Centro educativo de Estudos de Ançã), um documento formal em que se expôs o âmbito de realização do presente estudo (englobado no 2º ano do Mestrado em Psicoterapias e Psicologia Clínica) e se solicitou formalmente a autorização para administrar um protocolo de questionários, cujo objetivo era permitir a realização de quatro dissertações de mestrado, em Psicologia Clínica, no Instituto Superior Miguel Torga.

O protocolo era composto por questões avaliando variáveis sociodemográficas (idade, sexo, ano de escolaridade), variáveis de saúde (avaliação do peso/altura; prática de desporto), variáveis alimentares e variáveis familiares, pela *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES, Rosenberg, 1965; Santos & Maia, 1999), pelo EAT-25/TAA-25 (*Eating Attitudes Test-25/Teste de Atitudes Alimentares*; Garner & Garfinkel, 1979; Pereira, 2006), pelo DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995; Apóstolo et al., 2006) e pelo *EMBU-A/A Parental Rearing Style Questionnaire for use with Adolescents* (Gerlsma, Arrindel, Van Der Veen & Emmelkamp, 1991; Lacerda, 2005). Neste trabalho, recorreremos apenas às questões sociodemográficas, ao EMBU-A e ao TAA-25.

Depois de obtida a autorização dos estabelecimentos, todos os alunos (de todas as turmas do ensino normal do 7º ao 12º ano) levaram um pedido de consentimento para o encarregado de educação (dado tratar-se de menores de 18 anos) informando-o dos objetivos gerais do estudo e pedindo autorização para os educandos participarem no mesmo. No caso dos alunos com 18 anos, os próprios assinaram o consentimento informado. A recolha de dados para esta dissertação ocorreu entre fevereiro e junho de 2012 tendo sido garantida a confidencialidade das respostas individuais, um imperativo ético fundamental na investigação e avaliação psicológica (Simões, 1995).

Instrumentos

Questionário sociodemográfico

Este questionário sociodemográfico é constituído por quatro secções: Variáveis sociodemográficas, Contexto familiar, Variáveis de saúde e Comportamento Alimentar.

Secção I: Variáveis sociodemográficas

Questionamos os jovens sobre o sexo, a idade e o ano de escolaridade.

Secção II: Contexto familiar

Esta secção é constituída por 6 questões: 1) *Habitação* [Família nuclear (vive só os pais); Família nuclear e alargada (vive com os pais e com tios, avós...); Família alargada (vive só com avós/tios...)]; 2) *Com quantas pessoas vive no total*; 3) *Estado civil dos pais* (casados/vivem juntos, separados/divorciados, viúvos, nunca viveram juntos); 4) *nível de escolaridade do pai e da mãe* [Sem escolaridade; Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade; 1.º ciclo do ensino básico (4.ª classe); 2.º ciclo do ensino básico (5º/6º ano); 3.º ciclo do ensino básico (7º ao 9.º ano); Ensino secundário (10º ao 12.º ano); Curso superior (bacharelato, licenciatura, mestrado ou doutoramento)]; 5) *profissão do pai e mãe* (resposta aberta), 6) *presença/ausência de irmãos* (resposta aberta). Categorizámos a variável profissão do pai e da mãe segundo a Classificação Portuguesa das Profissões (2011).

Secção III: Variáveis de saúde

Questionamos o peso e a altura para calcular o índice de massa corporal/IMC (respostas abertas e segundo o relato do jovem) e se praticavam algum desporto (sim/não). O IMC foi calculado seguindo a fórmula $\text{peso}/(\text{altura})^2$.

Secção IV: Comportamento Alimentar

Esta secção fornece dados relativos aos hábitos/comportamentos alimentares: 1) “*Com que frequência tomas o pequeno-almoço durante a semana?*” Com os itens de resposta Nunca/Às vezes/Todos os dias; para as seguintes questões foram usados os itens de resposta Raramente/Diariamente/ Semanalmente/Mensalmente 2) “*Com que frequência bebes leite?*”, 3) “*Com que frequência bebes coca-cola/refrigerantes?*”; 4) “*Com que frequência comes vegetais?*”, 5) “*Com que frequência comes fruta?*” 6) “*Com que frequência comes hambúrguer, cachorro quente ou pizza?*”, 7) “*Com que frequência comes doces (chocolates, bolos)?*”. Dicotomizámos a variável *frequência com que tomas o pequeno-almoço* (nunca + às vezes/ todos os dias) e a variável *com que frequência bebes leite* [(raramente +

semanalmente + mensalmente); (diariamente)]. As restantes variáveis foram dicotomizadas da seguinte forma: 1) raramente + mensalmente; 2) diariamente + semanalmente.

Teste de Atitudes Alimentares-25/ (TAA-25/EAT-25, Pereira et al., 2006)

O Teste de Atitudes Alimentares-40 (TAA-40)/*Eating Attitudes Test*-40 (EAT-40) foi desenvolvido por Garner e Garfinkel em 1979, com o propósito de avaliar atitudes alimentares e sintomas de perturbação do comportamento alimentar. Foi adaptado e validado para a população portuguesa por Soares e colaboradores (2004). A necessidade de um instrumento breve levou os autores do TAA-40, em 1986, a desenvolverem uma versão reduzida, o TAA-26, que teve como critério de seleção os itens com saturações fatoriais $< 0,40$ (Pereira et al., 2006, 2008). A versão original e a versão reduzida revelam excelentes qualidades psicométricas.

Pereira e colaboradores (2006, 2008) desenvolveram a versão portuguesa reduzida do TAA-40, o TAA-25, selecionando os itens que apresentaram pesos fatoriais $> 0,30$. Segundo Pereira e colaboradores (2011) esta metodologia permitiu obter uma estrutura fatorial e escolher os itens mais representativos da cultura e população portuguesa. Em 2006 e 2008 Pereira e colaboradores confirmaram a excelente consistência interna do instrumento, assim como a sua validade discriminante (capacidade discriminatória entre os sujeitos da amostra normal e doentes com patologia alimentar). Posteriormente, Pereira e colaboradores em 2011 voltaram a confirmar a excelente consistência interna da escala e a sua validade discriminante num estudo com estudantes de Medicina e com uma subamostra de raparigas com PCAs.

O TAA-25 trata-se de um questionário de autorresposta com um formato de resposta do tipo Likert, com seis opções de resposta: "nunca", "raras vezes", "algumas vezes", "muitas vezes", "muitíssimas vezes" e "sempre". Uma resposta "sempre" é cotada com 3 pontos; "muitíssimas vezes", com 2 pontos; "muitas vezes", com 1 ponto; as restantes opções de resposta não são cotadas (0 pontos). A pontuação do TAA-25 varia entre um valor mínimo de 0 e um máximo de 75 pontos. A pontuação total é calculada através da soma de todas as respostas e quanto maior for a pontuação total, mais disfuncionais são as atitudes e comportamentos alimentares (Pereira et al., 2006; 2008; 2011).

Nas várias análises fatoriais (Pereira et al., 2006, 2008; Teixeira, 2008) realizadas ao instrumento foram encontrados 3 fatores: *Motivação para a Magreza*, *Comportamentos Bulímicos* e *Pressão Social para Comer*. Os itens que compõem cada fator variam entre estudos mas, de uma forma geral, os itens incluídos no fator *Motivação para a Magreza*

preocupação com o peso corporal e o autocontrolo em relação à alimentação (e.g. “Faço exercício energeticamente, para queimar calorias”; “Sinto que a comida controla a minha vida”); os itens incluídos no fator *Comportamentos Bulímicos* dizem respeito às estratégias compensatórias para lidar com a ingestão compulsiva e aos sentimentos de culpa e desconforto em relação à comida (e.g. “Vomito depois de comer”; “Tomo laxantes”); os itens relativos à *Pressão Social para Comer* referem-se ao autocontrolo sobre a comida e a pressão social para aumentar o peso (“Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais”; “As outras pessoas acham que estou demasiado magra”) (Pereira et al., 2006, 2008, 2011).

Usando a metodologia das curvas ROC, o ponto de corte ajustado à prevalência de 19 pontos no TAA-25 fornece os melhores valores de sensibilidade (95,6%) e especificidade em redor dos 95%. Este ponto de corte pode ser utilizado para rastreio de PCA na população portuguesa (Pereira et al., 2011). Neste sentido, recorremos, no presente estudo, ao ponto de corte de 19 para definir a presença de eventual PCA e seguimos a estrutura fatorial encontrada por Teixeira (2008), numa amostra de adolescentes portugueses. Compõem, então, o Fator 1/*Motivação para a Magreza*, os itens 18, 3, 19, 5, 11, 14, 12, 2, 16, 10, 6, 22, 17 e 23; o Fator 2/*Comportamentos Bulímicos*, os itens: 4, 21, 9, 24, 1, 25, 8 e 15; e o Fator 3/*Pressão Social para Comer* os itens 13, 7 e 20. No nosso estudo, o alfa de Cronbach da escala total (compósito de todos os fatores) foi de 0,871, tratando-se de um valor bom, segundo Pestana e Gageiro (2008), do fator *Motivação para a Magreza* foi de 0,847, um valor bom, segundo Pestana e Gageiro (2008), do fator *Comportamentos Bulímicos* foi de 0,653, sendo um valor razoável, segundo os mesmos autores e do fator *Pressão Social para Comer* foi de 0,728, tratando-se de um valor razoável, de novo, segundo os mesmos autores.

EMBU-A (A Parental Rearing Style Questionnaire for use with Adolescents; Gerlsma et al., 1991; Lacerda, 2005).

O EMBU foi desenvolvido por Egna Minnen av Beträffande Uppfostram em 1980 destinado a avaliar os estilos educativos parentais. A autora deu as iniciais do seu nome à escala. Inicialmente formulada para adultos a escala era composta por 81 itens e 14 fatores (Perris, Jacobsson, Lindstrom, Von Knorring & Perris, 1998, cit. in Lacerda, 2005). Mais tarde Gerlsma, Arrindell, Van der Veen e Emmelkamp (1991) desenvolveram o EMBU-A para adolescentes, constituído por quatro fatores: Suporte Emocional, Rejeição, Sobreprotecção e Sujeito Favorito. A escala de 54 itens revelou uma elevada consistência interna para as duas primeiras dimensões. Os alfas de Cronbach mais baixos foram os das

dimensões Sobreprotecção e Sujeito Favorito. Estes últimos valores foram atribuídos ao número reduzido de itens da subescala Sujeito Favorito.

O EMBU-A foi validado para a população portuguesa pela autora Maria Isabel Lacerda em 2005. O estudo foi realizado com 108 adolescentes entre os 12 e os 17 anos. As características psicométricas revelaram valores superiores relativamente à versão original, variando a consistência interna (alfa de Cronbach/ α) entre os 0,73 e os 0,94. Tal como no estudo original para adultos, a autora encontrou 3 dimensões: *Rejeição*, *Suporte Emocional* e *Sobreprotecção*. Na *Rejeição*, os comportamentos parentais visam modificar o comportamento dos filhos através de castigos, privação de privilégios ou objetos que influem o comportamento do filho) (e.g. “Os teus pais dizem coisas desagradáveis a teu respeito a outras pessoas, por exemplo, que és preguiçoso e difícil?” ou “És castigado pelos teus pais mesmo quando não fizeste nada de errado?”). No *Suporte Emocional*, as práticas parentais permitem ao filho sentir-se confortável na presença dos pais, reforçando a ideia de que é valorizado como pessoa, através de aprovação, ajuda, compreensão, expressão verbal e física de amor e carinho (e.g. “Os teus pais elogiam-te?” ou “Os teus pais aceitam-te tal como és?”). Por fim, na *Sobreprotecção* as práticas parentais são de protecção excessiva com comportamentos parentais intrusivos, desencorajamento da independência, elevadas expectativas dos pais e imposição de regras rígidas às quais é exigida total obediência) indutoras de stress e adversidade (e.g. “Os teus pais interferem em tudo o que fazes?”, “Os teus pais gostariam que fosses diferente?”). A quarta dimensão, Sujeito Favorito, não foi incluída na versão portuguesa por não ter sido encontrada na análise fatorial. Os itens correspondentes às subescalas pai e mãe não são exatamente os mesmos que na versão original. Este instrumento é constituído por 48 itens e as respostas são dadas numa escala de quatro pontos: (1) Não, nunca; (2) Sim, ocasionalmente; (3) Sim, frequentemente; e (4) Sim, a maior parte do tempo (Lacerda, 2005).

Conceição (2012) no seu estudo, utilizando o EMBU-A, submeteu o instrumento a novas análises psicométricas. Quanto à consistência interna da escala total, versão pai, obteve um alfa de Cronbach/ α de 0,909 (muito bom, segundo Pestana e Gageiro, 1993). Encontrou 3 fatores, compostos pelos seguintes itens: *Suporte emocional* (itens 2, 8, 9, 15, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 28, 29, 32, 36, 40, 44, 46 e 48) com um α de 0,944 (muito bom, segundo Pestana e Gageiro, 1993); *Sobreprotecção* (itens 1, 6, 12, 14, 27, 31 e 43) com um α de 0,713 (razoável, segundo Pestana e Gageiro, 1993); *Rejeição* (itens 4, 16, 17, 30) com um α de 0,530 (inadmissível, segundo Pestana e Gageiro, 1993). Relativamente à consistência interna da versão mãe, Conceição (2012) encontrou um α de 0,835, para a escala total (boa, segundo

Pestana & Gageiro, 1993). Tal como na versão pai, também foram encontrados 3 fatores, compostos pelos seguintes itens: *Suporte Emocional* (itens 23, 2, 15, 19, 9, 48, 25, 21, 29, 46, 24, 32, 18, 40, 44, 28, 8, 45 e 36), com um α de 0,923 (muito boa, segundo Pestana e Gageiro, 1993); *Sobreproteção* (itens 12, 43, 6, 22, 31, 30, 17, 27, 14 e 1) com um α de 0,718 (razoável, segundo Pestana e Gageiro, 1993); *Rejeição* (itens 38, 33, 39, 47, 41, 5, 4, 37, 34, 16 e 42) com um α de 0,799 (razoável, segundo Pestana e Gageiro, 1993).

No presente estudo seguimos a estrutura de Conceição (2012) e encontramos os seguintes valores de consistência interna: um α de 0,838 para a versão pai e de 0,806 para a versão mãe (ambos os alfas são considerados bons por Pestana e Gageiro, 1993). Quer para a versão pai, quer para a versão mãe também foram encontrados 3 fatores. Na versão pai obteve-se no *Suporte Emocional* um α de 0,947 (muito bom, segundo Pestana e Gageiro, 1993); *Sobreproteção* com um α de 0,713 (razoável, segundo Pestana e Gageiro, 1993); *Rejeição* com um α de 0,476, considerado inadmissível de acordo com Pestana e Gageiro (1993). Na versão mãe obtiveram-se os seguintes valores de consistência interna: *Suporte Emocional* com um α de 0,919 (muito bom, segundo Pestana e Gageiro, 1993); *Sobreproteção* com um α de 0,702 (razoável, segundo Pestana e Gageiro, 1993); *Rejeição* com um α de 0,802 (bom, segundo Pestana e Gageiro, 1993).

Análise estatística

Realizámos as análises estatísticas recorrendo ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0. Recorremos a estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão e medidas de assimetria e achatamento. Conduzimos testes paramétricos em virtude da nossa amostra apresentar um n superior a 30.

A partir de testes t de Student para amostras independentes procuramos verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas nas variáveis centrais do estudo (dimensões do EMBU-A, dimensões do TAA-25, pontuação total do TAA-25 e IMC) por sexo. Realizámos um teste do qui quadrado para verificar se existia uma associação significativa entre a variável pontuação total do TAA-25 dicotomizada pelo ponto de corte de 19 e o sexo. Em virtude dos dados encontrados, conduzimos correlações de Pearson para testar eventuais associações entre as dimensões do EMBU-A, dimensões do TAA-25, pontuação total do TAA-25 e IMC. Através de correlações do ponto bisserial testámos associações entre as dimensões do EMBU-A e a pontuação do TAA-25 dicotomizada pelo ponto de corte de 19. Para classificar a magnitude das correlações seguimos os critérios de Cohen (1992): 0,01 baixa; 0,30 moderada e 0,50 elevada. Posteriores testes t de Student (a

estas correlações do ponto bisserial) permitiram perceber qual o grupo com valores médios superiores nas dimensões do EMBU-A (se o com pontuação inferior a 19 no TAA-25, se o com pontuação igual ou superior a 19). Através de correlações do ponto bisserial testámos associações entre as diferentes variáveis sociodemográficas, familiares e de saúde (prática de desporto) e as dimensões do TAA-25, pontuação total do TAA-25 e IMC. Recorrendo a testes do qui quadrado para a independência explorámos associações entre as variáveis sociodemográficas, familiares e de saúde (prática de desporto) e a variável pontuação total do TAA-25 dicotomizada pelo ponto de corte de 19. Depois das associações anteriormente encontradas realizámos análises de regressão múltipla para testar de entre as dimensões do EMBU-A e de entre as variáveis sociodemográficas, familiares e de saúde que se tinham mostrado associadas às dimensões do TAA-25, sua pontuação total e IMC, quais delas eram preditoras significativas destas últimas variáveis (Variáveis dependentes/VDs). Através de análises de regressão logística testámos, de entre as dimensões do EMBU-A e de entre as variáveis sociodemográficas, familiares e de saúde que se tinham mostrado associadas à pontuação total do TAA-25 dicotomizada, quais delas eram preditoras significativas desta variável (Variáveis dependente/VD). Através de testes do qui quadrado para a independência fomos verificar se existiam associações significativas entre a variável sexo e as diferentes variáveis alimentares. Depois destes testes, através de correlações do ponto bisserial, testámos associações entre as dimensões do EMBU-A e as variáveis alimentares. Testes *t* de Student para amostras independentes permitiram-nos perceber qual o grupo com valores médios superiores/inferiores nas dimensões do EMBU-A. Através de testes do qui quadrado para a independência testámos associações entre as variáveis sociodemográficas, familiares, de saúde e as variáveis alimentares. Em virtude das associações encontradas, fomos realizar análises de regressão logística para testar, de entre as dimensões do EMBU-A e de entre as variáveis sociodemográficas, familiares e de saúde que se tinham mostrado associadas às variáveis alimentares, quais eram preditoras destas últimas (Variáveis dependentes/VDs).

Amostra

A amostra consiste num conjunto de jovens adolescentes do 7º ao 12º ano, sendo que 69,7% ($n = 280$) da amostra estuda em meio rural e 30,3% em meio urbano (definimos escola “urbana” de acordo com o critério de densidade populacional de um valor superior a 500 habitantes/Km², apresentado por Rodrigues, 2010 e escola “rural” de acordo com o critério de densidade populacional de um valor inferior a 200 habitantes/Km², apresentado pela mesma autora). A nossa amostra total é constituída por 402 sujeitos, com a maioria a ser sexo

feminino ($n = 241$; 60%). A idade destes jovens está compreendida entre os 12 e os 18 anos ($M = 14,2$; $DP = 1,62$), em que 54,7% ($n = 88$) tem 14 ou mais anos (Tabela 1).

Tabela 1*Variáveis sociodemográficas*

Amostra Total			Rapazes		Raparigas	
Sexo	<i>n</i>	%	-	-	-	-
Masculino	161	40	-	-	-	-
Feminino	241	60	-	-	-	-
Escola	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Rural	280	69,7	122	75,8	158	65,6
Urbana	122	30,3	39	24,2	83	34,4
Total	402	100	161	100	241	100
Escolaridade dicotomizada	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
7º ao 9º ano	274	68,2	110	68,3	164	68,0
10º ao 12º Ano	128	31,8	51	31,7	77	32,0
Total	402	100	161	100	241	100
Idade (anos)	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
12-13	173	43,1	73	45,3	100	41,5
14-18	228	56,9	88	54,7	140	58,1
Total	401	100	161	100	240	99,6
Idade	<i>M (DP)</i>	Variação	<i>M (DP)</i>	Variação	<i>M (DP)</i>	Variação
	14,2 (1,62)	12-18	14,1(1,64)	12-18	14,2 (2,59)	12-18

NOTA: *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão

Quanto ao contexto familiar, apresentado na Tabela 2, a maioria dos jovens vive com a família nuclear (amostra total: $n = 325$, 80,8%; rapazes: $n = 135$, 83,9%; raparigas: $n = 190$, 78,8%). A maior parte dos pais são casados ou vivem juntos (amostra total: $n = 344$; 85,6%; rapazes: $n = 139$ 86,3%; raparigas: $n = 205$; 85,1%). Relativamente aos irmãos, 316 (78,5%) dos inquiridos tem irmãos ($n =$ rapazes: $n = 131$, 99,4%; raparigas: $n = 185$, 76,8%).

Tabela 2*Variáveis relativas ao contexto familiar*

		Amostra Total	Rapazes	Raparigas
Agregado familiar		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Família nuclear (só os pais)		325 (84,6)	135 (87,1)	190 (83,0)
Família nuclear e alargada (com os pais, tios, avós...)		52 (13,5)	19 (12,3)	33 (14,4)
Família Alargada (avós/tios)		6 (1,5)	1 (0,6)	5 (2,2)
Família de acolhimento		1 (0,3)	-	1 (0,4)
Total		384 (100)	155 (100)	229 (100)
Estado civil dicotomizado		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Casados ou vivem juntos		344 (85,8)	139 (86,3)	205 (85,4)
Separados + nunca viveram juntos		57 (14,2)	22 (13,7)	35 (14,6)
Total		401 (100)	161 (100)	240 (100)
Número de Agregado Familiar		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
1-3		192 (62,1)	85 (67,5)	107 (58,5)
4-7		117 (37,9)	41 (32,5)	76 (41,5)
Total		309 (100)	126 (100)	183 (100)
Irmãos		<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Não		80 (20,2)	29 (18,1)	51 (21,6)
Sim		316 (79,8)	131 (81,9)	185 (78,4)
Total		396 (100)	160 (100)	236 (100)

Na Tabela 3 apresentamos os dados relativos à profissão do pai e da mãe. Quanto ao pai, a maior percentagem insere-se dentro da categoria *Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífice* (amostra total: $n = 33$; 20,5%; rapazes: $n = 33$, 20,5%; raparigas: $n = 65$, 27%). Quanto à mãe, a maioria pertence à categoria *Trabalhadores não qualificados* (respetivamente, $n = 98$, 24,4%; $n = 39$ 24,2%; $n = 59$, 24,5%).

Tabela 3**Dados relativos à profissão do pai e da mãe**

Profissões	Amostra total	Rapazes	Raparigas
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Profissão pai			
Representantes do poder legislativo e dos órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivo	47 (12,7)	22 (14,9)	25(11,2)
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	30 (8,1)	14 (9,5)	16 (7,2)
Técnicos e profissões de nível intermédio	52 (14,0)	24 (16,2)	28(12,6)
Pessoal administrativo	19 (5,1)	7 (4,7)	12 (5,4)
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	33 (8,9)	15 (10,1)	18 (8,1)
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífice	98 (26,4)	33 (22,3)	65 (29,1)
Operadores de instalação e máquinas e trabalhadores da montagem	35 (9,4)	8 (5,4)	27 (12,1)
Trabalhadores não qualificados	34 (9,2)	16 (10,8)	18 (8,1)
Desempregados	19 (5,1)	7 (4,7)	12 (5,4)
Reformado	4 (1,1)	2 (1,4)	2 (0,9)
Total	371 (100)	148 (100)	223 (100)
Profissão mãe			
Representantes do poder legislativo e dos órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivo	53 (14,2)	27 (18,0)	26 (11,6)
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	29 (7,8)	13 (8,7)	16 (7,1)
Técnicos e profissões de nível intermédio	25 (7,0)	11 (7,3)	14 (6,3)
Pessoal administrativo	26 (15,5)	9 (6,0)	17 (7,6)
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	58 (15,5)	27 (18,0)	31 (13,8)
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	2 (0,5)	-	2 (0,9)
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífice	21 (5,6)	4 (2,7)	17 (7,6)
Operadores de instalação e máquinas e trabalhadores da montagem	3 (0,8)	-	3 (1,3)
Trabalhadores não qualificados	98 (26,2)	39 (26,0)	59 (26,3)
Desempregada	30 (8,0)	9 (6,0)	21 (9,4)
Reformada	3 (0,8)	2 (1,3)	1 (0,4)
Dona de Casa	26 (7,0)	9 (6,0)	17 (7,6)
Total	374 (100)	150 (100)	224 (100)

No que concerne à escolaridade do pai a maior percentagem está inserida na categoria *sem escolaridade + sabe ler e escrever*, mas não tem escolaridade (amostra total: $n = 246$,

62,8%). Enquanto na escolaridade da mãe, uma grande percentagem está inserida na categoria 1.º, 2.º e 3.º ciclo do ensino básico (amostra total: $n = 214$, 54,5%) (Tabela 4).

Tabela 4

Dados relativos à escolaridade do pai e da mãe

Grau de Escolaridade	Amostra Total	Rapazes	Raparigas
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Escolaridade pai dicotomizado			
Sem escolaridade + Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade + 1.º, 2.º e 3.º ciclo de ensino básico	246 (62,8)	95 (60,9)	151 (64,0)
Ensino Secundário	86 (21,9)	32 (20,5)	54 (22,9)
Curso Superior	60 (15,3)	29 (18,6)	31 (12,9)
Total	392 (100)	156 (100)	236 (100)
Escolaridade da mãe dicotomizado			
1.º, 2.º e 3.º ciclo de ensino básico do ensino básico	214 (54,5)	76 (48,7)	138 (58,2)
Ensino Secundário	102 (25,9)	43 (27,6)	59 (24,9)
Curso superior	77 (19,6)	37 (23,7)	40 (16,9)
Total	393 (100)	156 (100)	237 (100)

Na Tabela 5 são apresentados dados relativos à prática de desporto. A maioria dos jovens (55% da amostra total) pratica desporto. Importa ainda salientar que a percentagem de rapazes ($n = 113$, 70,2%) que pratica desporto é superior à das raparigas ($n = 108$, 45,2%).

Tabela 5

Dados relativos à prática de desporto

Desporto	Amostra Total		Rapazes		Raparigas	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	221	55,3	113	70,2	108	45,2
Não	179	44,8	48	29,8	131	54,8
Total	400	100	161	100	239	100

As Tabelas 6 e 7 apresentam os dados relativos aos hábitos/comportamentos alimentares. Em todas as amostras (total, rapazes e raparigas) a maioria dos jovens toma todos os dias o pequeno-almoço (amostra total: $n = 358$; 8,1%; rapazes: $n = 143$; 88,8%; raparigas: $n = 215$; 89,2%). Quanto à regularidade com que os jovens bebem leite, verifica-se que a maioria dos adolescentes bebe leite diariamente (amostra total: $n = 342$, 85,1%; rapazes: $n = 142$, 88,2%; raparigas: $n = 200$, 83,0%). Quanto à frequência com que bebem refrigerantes na amostra total a maioria dos jovens raramente o faz ($n = 158$, 39,3%). No entanto, 146 (36,3%) dos inquiridos responderam que os bebem semanalmente. Relativamente aos rapazes as respostas encontram-se divididas entre raramente e semanalmente (respetivamente, $n = 55$, 34,2%; $n = 61$, 37,9%). Quanto às raparigas, a maioria raramente bebe refrigerantes ($n = 103$, 42,7%). Porém, 35,3% refere bebê-las semanalmente ($n = 85$). No que diz respeito aos vegetais, em todas as amostras (total, rapazes

e raparigas), verifica-se que os jovens os comem diariamente + semanalmente (respetivamente, $n = 353$, 87,8%; $n = 138$, 85,7% e $n = 215$, 89,2%). Quanto à fruta, a maioria dos jovens come fruta diariamente (rapazes, $n = 107$, 66,5%; raparigas: $n = 179$, 74,3%). Verifica-se ainda, que a maioria dos jovens come *fast food* (hamburger, cachorros quentes e pizza) raramente ou mensalmente (rapazes $n = 131$, 81,4%; raparigas: $n = 197$, 81,7%). Por fim, a maioria dos jovens relatou comer doces diariamente ou semanalmente (amostra total: $n = 248$, 61,7%; rapazes: $n = 91$, 56,5%; raparigas: $n = 157$, 65,1%).

Tabela 6**Dados relativos aos hábitos/comportamentos alimentares**

	Amostra Total		Rapazes		Raparigas	
Pequeno-almoço Dicotomizado	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nunca + às vezes	44	10,9	18	11,2	26	10,8
Todos os dias	358	89,1	143	88,8	215	89,2
Leite	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Raramente	24	6,0	5	3,1	19	7,9
Diariamente	342	85,1	142	88,2	200	83,0
Semanalmente	31	7,7	12	7,5	19	7,9
Mensalmente	5	1,2	2	1,2	3	1,2
Leite Dicotomizado						
Raramente + Mensalmente	29	7,2	7	4,3	22	9,1
Diariamente + Semanalmente	373	92,8	154	95,7	219	90,9
Refrigerantes	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Raramente	158	39,3	55	34,2	103	42,7
Diariamente	57	14,2	24	14,9	33	13,7
Semanalmente	146	36,3	61	37,9	85	35,3
Mensalmente	41	10,2	21	13,0	20	8,3
Refrigerantes dicotomizado						
Raramente + Mensalmente	199	49,5	76	47,2	123	51,0
Diariamente + Semanalmente	203	50,5	85	52,8	118	49,0
Vegetais	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Raramente	44	10,9	23	14,3	21	8,7
Diariamente	229	57,0	88	54,7	141	58,5
Semanalmente	124	30,8	50	31,1	74	30,7
Mensalmente	5	1,2	-	-	5	2,1
Vegetais dicotomizado						
Raramente + Mensalmente	49	12,2	23	14,3	26	10,8
Diariamente + Semanalmente	353	87,8	138	85,7	215	89,2
Fruta	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Raramente	24	6,0	12	7,5	12	5,0
Diariamente	286	71,1	107	66,5	179	74,3
Semanalmente	84	20,9	41	25,5	43	17,8
Mensalmente	8	2,0	1	0,6	7	2,9
Fruta dicotomizada						
Raramente + Mensalmente	32	8,0	13	8,1	19	7,9
Diariamente + Semanalmente	370	92,0	148	91,9	222	92,1
Total*	402	100	161	100	241	100

* O total apresentado é o mesmo para o pequeno-almoço, leite e leite dicotomizados, vegetais e vegetais dicotomizados, fruta e fruta dicotomizada.

Tabela 7**Dados relativos aos hábitos/comportamentos alimentares (Continuação)**

	Amostra Total		Rapazes		Raparigas	
<i>Fast Food</i> (hamburger, pizza...)	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Raramente	189	47,0	72	44,7	117	48,5
Diariamente	4	1,0	1	0,6	3	1,2
Semanalmente	70	17,4	29	18,0	41	17,0
Mensalmente	139	34,6	59	36,6	80	33,2
<i>Fast Food</i> dicotomizado						
Raramente + Mensalmente	328	81,6	131	81,4	197	81,7
Diariamente + Semanalmente	74	18,4	30	18,6	44	18,3
Doces (chocolates/bolos)	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Raramente	92	22,9	36	22,4	56	23,2
Diariamente	42	10,4	14	8,7	28	11,6
Semanalmente	206	51,2	77	47,8	129	53,5
Mensalmente	62	15,4	34	21,1	28	11,6
Doces dicotomizado						
Raramente + Mensalmente	154	38,3	70	43,5	84	34,9
Diariamente + Semanalmente	248	61,7	56,5	56,5	157	65,1
Total*	402	100	161	100	241	100

* O total apresentado é o mesmo para os doces e doces dicotomizado, *fast food* e *fast food* dicotomizado.

Na Tabela 8 é apresentado o ponto de corte do TAA-25. Verificou-se que a maioria da amostra tem menos que o valor 19 (amostra total: $n = 373$, 92,8%; rapazes: $n = 153$, 95,0% raparigas: $n = 220$, 91,3%) enquanto 7,2% ($n = 29$) da amostra total apresenta possíveis atitudes alimentares disfuncionais (rapazes, $n = 8$, 5,0%; raparigas, $n = 21$, 8,7%).

Tabela 8**Ponto de corte 19 (TAA-25) para a amostra total e subamostras por sexo**

	Amostra Total		Rapazes		Raparigas	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
TAA-25 < 19	373	92,8	153	95,0	220	91,3
TAA-25 ≥ 19	29	7,2	8	5,0	21	8,7
Total	402	100	161	100	241	100

No Índice de Massa Corporal (IMC) verifica-se uma média de 21,1 ($DP = 3,68$) na subamostra masculina e uma média de 20,6 ($DP = 2,92$) na subamostra feminina. Os valores do IMC oscilam entre um mínimo de 12,2 e um máximo de 38,5 para os rapazes e um mínimo de 14,5 e um máximo de 32,4 (Tabela 9).

Tabela 9**Dados relativos ao Índice de Massa Corporal (IMC)**

	Amostra Total		Rapazes		Raparigas	
	<i>M (DP)</i>	<i>Variação</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Variação</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Variação</i>
IMC	20,8 (3,25)	12,2-38,5	21,1(3,68)	12,2-38,5	20,6 (2,92)	14,5-32,4

NOTA: *M* = Média; *DP* = Desvio de Padrão; IMC = Índice de Massa Corporal

Na Tabela 10 apresentamos as médias e desvios padrão das dimensões do EMBU-A (Suporte Emocional, Sobreproteção e Rejeição) e as dimensões do TAA-25 (Motivação para a Magreza, Comportamentos Bulímicos e Pressão Social para Comer; TAA-25 Total) para a amostra total e para as subamostras (rapazes e raparigas).

Tabela 10

Médias e desvios padrão das dimensões do EMBU-A e do TAA-25, na amostra total e subamostras

Dimensões	Amostra total		Rapazes		Raparigas	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
EMBU-A_Suporte Emocional pai	61,0	11,57	62,3	9,73	60,1	12,59
EMBU-A_Sobreproteção pai	18,9	4,25	19,1	4,09	18,8	4,36
EMBU-A_Rejeição pai	6,9	2,29	7,1	2,15	6,7	2,37
EMBU-A_Suporte Emocional mãe	67,5	9,08	67,2	9,16	67,6	9,05
EMBU-A_Sobreproteção mãe	26,5	5,25	26,9	5,52	26,2	5,06
EMBU-A_Rejeição mãe	14,2	3,90	14,9	4,30	13,7	3,54
TAA-25_Motivação para a Magreza	4,9	6,51	5,2	5,89	4,8	6,89
TAA-25_Comportamentos Bulímicos	0,5	1,53	0,4	1,18	0,6	1,73
TAA-25_Pressão social para comer	0,5	1,44	0,4	1,18	0,6	1,60
TAA-25_Total	6,0	8,24	6,0	6,74	5,9	9,12

RESULTADOS

Conduzimos testes *t* de Student para amostras independentes para verificar se existiam diferenças de sexo nas dimensões fundamentais do estudo (dimensões do EMBU-A, dimensões do TAA-25, TAA-25 total e IMC). Verificámos apenas diferenças estatisticamente significativas na dimensão Rejeição mãe do EMBU-A (única que apresentamos na Tabela 11). Um teste do qui quadrado para a independência mostrou também não existir uma associação entre a variável sexo e a variável pontuação do TAA-25 dicotomizada de acordo com o ponto de corte de 19 (pelo que não apresentamos este resultado em formato de tabela). Em virtude destes resultados, nas correlações de Pearson e do ponto bisserial realizámos apenas análises separadamente por sexo para a dimensão Rejeição mãe do EMBU-A. Todas as outras correlações foram conduzidas na amostra total.

Tabela 11

Dimensão Rejeição mãe do EMBU-A por sexo

	Rapazes (<i>n</i> = 161)		Raparigas (<i>n</i> = 241)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Rejeição mãe	14,9	4,30	13,7	3,54	3,043	0,002

NOTA: *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão

Na Tabela 12 apresentamos as correlações de Pearson entre as dimensões do EMBU-A (todas à exceção da Rejeição mãe), dimensões do TAA-25, pontuação total do TAA-25, IMC e as correlações do ponto bisserial entre as dimensões do EMBU-A (à exceção da já referida) e a pontuação total do TAA-25 dicotomizada pelo ponto de corte de 19, na amostra total. Verificam-se associações negativas estatisticamente significativas (de magnitude baixa) entre o Suporte Emocional do pai e da mãe e as dimensões Comportamentos Bulímicos. No caso do pai para além destas associações verificam-se associações negativas estatisticamente significativas (de magnitude baixa) entre esta dimensão do EMBU-A e a Motivação para a Magreza, a pontuação total do TAA-25, o IMC e a pontuação total do TAA-25 dicotomizada pelo ponto de corte de 19. Assim, quanto maior o Suporte Emocional dos dois progenitores menor a sintomatologia bulímica. Adicionalmente, no caso do pai, quanto maior o Suporte Emocional, menor a “sintomatologia mais anorética”, relativa à Motivação para a Magreza, menor a pontuação total do TAA-25 e maior o IMC dos jovens.

Quanto à Sobreproteção, verifica-se uma associação positiva estatisticamente significativa (de magnitude baixa) entre a Sobreproteção do pai e o IMC. Quanto maior a Sobreproteção do pai, maior o IMC do jovem. No caso da mãe, verificam-se associações positivas estatisticamente significativas (de magnitude baixa) entre a Sobreproteção da progenitora e a Motivação para a Magreza, os Comportamentos Bulímicos, a Pressão Social para Comer, a pontuação total no TAA-25 e a pontuação do TAA-25 dicotomizada pelo ponto de corte de 19. Quanto maior a Sobreproteção materna, maior a sintomatologia alimentar. Mais ainda, foi encontrada uma associação positiva estatisticamente significativa (de magnitude baixa) entre esta dimensão e o IMC, sendo que quanto maior a Sobreproteção materna maior o IMC dos jovens.

Quanto à Rejeição paterna, verificam-se associações positivas estatisticamente significativas entre esta dimensão e as dimensões Motivação para a Magreza e Comportamentos Bulímicos do TAA-25, a pontuação total do TAA-25 e a pontuação desta escala dicotomizada de acordo com o ponto de corte de 19. Assim, quanto maior a Rejeição paterna, maior a sintomatologia alimentar.

No caso da pontuação total do TAA-25 dicotomizada com base no ponto de corte de 19, um teste *t* de Student para amostras independentes mostrou existirem diferenças entre o grupo pontuação menor que 19 no TAA-25 e pontuação igual ou maior que 19 no TAA-25. No Emocional do pai observa-se nos jovens com pontuação menor a 19 que estes apresentam um valor superior do que os jovens com pontuação igual ou maior que 19 [respetivamente, $M = 39,1$; $DP = 18,95$, $M = 28,2$; $DP = 10,43$; $t(400) = -3,040$, $p = 0,005$]. No caso da

Sobreproteção da mãe, verifica-se que os jovens com pontuação menor a 19 a apresentarem um valor inferior do que os jovens com pontuação igual ou maior que 19 [respetivamente, $M = 21,0$; $DP = 4,80$; $M = 23,8$; $DP = 5,24$; $t(400) = 2,854$, $p = 0,005$]. No caso da Rejeição do pai, verifica-se que os jovens com pontuação menor a 19 apresentam um valor inferior do que os jovens com pontuação igual ou maior que 19 [respetivamente, $M = 12,1$; $DP = 3,03$; $M = 13,2$; $DP = 2,21$; $t(400) = 1,871$, $p = 0,015$].

Tabela 12

Correlações de Pearson entre as dimensões do EMBU-A (à exceção da Rejeição mãe) dimensões do TAA-25, pontuação total do TAA-25, IMC e correlações do ponto bisserial entre as dimensões do EMBU-A (à exceção da já referida) e a pontuação total do TAA-25 dicotomizada pelo ponto de corte de 19.

Dimensões EMBU-A	TAA-25 Motivação p/a Magreza	TAA-25 Comportamentos Bulímicos	TAA-25 Pressão Social para Comer	TAA-25 Total	TAA-25 PC 19	IMC
Suporte Emocional pai	-0,175**	-0,274**	Ns	-0,206**	-0,242**	0,118*
Sobreproteção pai	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	0,144**
Rejeição pai	0,190**	0,126*	Ns	0,179**	0,122*	Ns
Suporte Emocional mãe	Ns	-0,163**	Ns	Ns	Ns	Ns
Sobreproteção mãe	0,188**	0,124*	0,114*	0,192**	0,141**	0,121*

NOTA: * $p \leq 0,050$; ** $p \leq 0,005$; PC = Ponto de Corte; Ns = Não significativo

Na Tabela 13 apresentamos as correlações de Pearson entre a dimensão Rejeição mãe do EMBU-A, dimensões do TAA-25, pontuação total do TAA-25, IMC e a correlação do ponto bisserial entre a dimensão Rejeição mãe do EMBU-A e a pontuação total do TAA-25 dicotomizada pelo ponto de corte de 19, nos rapazes e nas raparigas. Apenas no caso das raparigas se encontraram associações estatisticamente significativas. Verificam-se associações positivas estatisticamente significativas entre a Rejeição materna e as dimensões Motivação para a Magreza e Comportamentos Bulímicos, a pontuação total do TAA-25 e a pontuação total do TAA-25 dicotomizada pelo ponto de corte de 19. Assim, quanto maior a Rejeição materna, maior a sintomatologia alimentar específica e geral.

No caso da pontuação total do TAA-25 dicotomizada com base no ponto de corte de 19, um teste t de Student para amostras independentes mostrou existirem diferenças entre o grupo com pontuação menor que 19 no TAA-25 e com pontuação igual ou maior que 19 no TAA-25 quanto à pontuação média de Rejeição da mãe, com os jovens com pontuação menor a 19 a apresentarem um valor inferior do que os jovens com pontuação igual ou maior que 19 [respetivamente, $M = 39,0$; $DP = 5,27$; $M = 41,5$; $DP = 3,26$; $t(238) = 2,183$, $p = 0,040$].

Tabela 13

Correlações de Pearson entre a dimensão Rejeição mãe do EMBU-A, dimensões do TAA-25, pontuação total do TAA-25, IMC e correlação do ponto bisserial entre as dimensões do EMBU-A, Rejeição mãe do EMBU-A e a pontuação total do TAA-25 dicotomizada pelo ponto de corte de 19, por sexo.

Dimensões	TAA-25 Motivação p/a Magreza	TAA-25 Comportamentos bulímicos	TAA-25 Pressão Social para Comer	TAA-25 Total	IMC	TAA-25 PC 19
♂Rejeição mãe	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
♀Rejeição mãe	0,264**	0,277**	Ns	0,265**	Ns	0,204**

NOTA: * $p \leq 0,050$; ** $p \leq 0,005$; PC = Ponto de Corte; Ns = Não significativo; ♂ Rapazes, ♀ Raparigas

Através de correlações do ponto bisserial testámos associações entre as diferentes variáveis sociodemográficas, familiares e de saúde (idade, escolaridade, variável relativa à existência ou não de irmãos e prática de desporto) e as dimensões do TAA-25, pontuação total do TAA-25 e IMC (com esta variável não explorámos associações com a variável idade e escolaridade porque naturalmente que os jovens mais novos e que por isso frequentam anos escolares anteriores apresentarão menores IMC). Apenas encontrámos uma associação estatisticamente significativa entre a variável prática de desporto e a dimensão Motivação para a Magreza do TAA-25 ($r = 0,161$; $p = 0,001$) e pontuação total do TAA-25. Testes t de Student para amostras independentes mostraram existir diferenças entre o grupo que pratica desporto e o grupo que não o faz em ambas as variáveis. Assim, o grupo que pratica desporto apresenta uma pontuação média maior de Motivação para a Magreza, do que o grupo que não pratica desporto [respetivamente, $M = 5,9$; $DP = 7,33$; $M = 3,8$; $DP = 5,12$; $t(398) = 3,383$, $p = 0,001$]. Adicionalmente, o grupo que pratica desporto apresenta uma pontuação total no TAA-25 média maior do que o grupo que não pratica desporto [respetivamente, $M = 7,0$; $DP = 9,40$; $M = 4,6$; $DP = 6,35$; $t(398) = 2,937$, $p = 0,004$]. Através de testes do qui quadrado para a independência explorámos associações entre as variáveis sociodemográficas, familiares e de saúde e a variável pontuação total do TAA-25 dicotomizada pelo ponto de corte de 19. Não encontrámos associações estatisticamente significativas.

Novos testes do qui quadrado para a independência permitiram explorar se existiam associações significativas entre a variável sexo e as diferentes variáveis alimentares, o que não se verificou. Assim, depois destes testes, explorámos, através de correlações do ponto bisserial, associações entre as dimensões do EMBU-A e as variáveis alimentares, na amostra total. Testes t de Student permitiram verificar qual o grupo que apresentava resultados inferiores/superiores nas dimensões do EMBU-A. Na Tabela 14 é possível verificar uma associação positiva entre o Suporte Emocional paterno, a toma de pequeno-almoço e a ingestão de leite. Verificou-se uma associação negativa entre a mesma dimensão do EMBU-A e a ingestão de *fast food*. Verificou-se ainda uma associação negativa entre a

Sobreproteção paterna e a ingestão de fruta. Encontraram-se, também, associações positivas entre o Suporte Emocional materno e a toma de pequeno-almoço e a ingestão de leite. Da mesma forma, verificou-se uma associação negativa estatisticamente significativa entre a Sobreproteção materna e a ingestão de fruta e uma associação positiva estatisticamente significativa entre a Rejeição materna a ingestão de *fast-food*.

Tabela 14

Correlações do ponto bisserial entre as dimensões do EMBU-A e os itens relativos aos hábitos/comportamentos alimentares

Dimensões EMBU-A	Pequeno-almoço	Leite	Refrigerantes	Vegetais	Fruta	Fast food	Doces
Suporte Emocional pai	0,167**	0,173**	Ns	Ns	Ns	-0,133**	Ns
Sobreproteção pai	Ns	Ns	Ns	Ns	-0,143**	Ns	Ns
Rejeição pai	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
Suporte Emocional mãe	0,148**	0,106*	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns
Sobreproteção mãe	Ns	Ns	Ns	Ns	-0,131**	Ns	Ns
Rejeição mãe	Ns	Ns	Ns	Ns	Ns	0,138**	Ns

NOTA: * $p \leq 0,50$; ** $p \leq 0,005$; Ns = Não significativo

Realizamos vários testes t de Student para amostras independentes para verificar associações entre os hábitos/comportamentos alimentares e as dimensões do EMBU-A. Verificou-se que os jovens que tomam o pequeno-almoço nunca + raras vezes apresentam um valor inferior de Suporte Emocional paterno [respetivamente, $M = 55,5$; $DP = 12,01$; $M = 61,6$; $DP = 11,34$; $t(400) = -3,248$, $p = 0,002$] e um valor inferior de Suporte Emocional materno [respetivamente, $M = 63,6$; $DP = 10,08$; $M = 67,9$; $DP = 8,85$; $t(400) = -2,701$, $p = 0,009$] do que os jovens que o fazem todos os dias.

Outro teste t de Student para amostras independentes mostrou que os jovens que ingerem leite raramente + mensalmente apresentam um valor inferior de Suporte Emocional paterno do que os jovens que o fazem diariamente + semanalmente [respetivamente, $M = 53,8$; $DP = 16,30$; $M = 61,5$; $DP = 10,95$; $t(400) = -2,513$, $p = 0,018$]. O mesmo teste não confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas quanto ao Emocional materno, entre os jovens que raramente + mensalmente tomam ingerem leite e os que o fazem diariamente + semanalmente. Verifica-mos ainda que os jovens que comem fruta raramente + mensalmente apresentam um valor superior de Sobreproteção paterna [respetivamente, $M = 21,0$; $DP = 3,59$; $M = 18,7$; $DP = 4,26$; $t(400) = 2,893$, $p = 0,004$] e um valor superior de Sobreproteção materna [respetivamente, $M = 28,8$; $DP = 4,30$; $M = 26,2$; $DP = 5,28$; $t(400) = 2,642$, $p = 0,009$] do que os jovens que o fazem diariamente + semanalmente.

Um teste t de Student para amostras independentes mostrou que os jovens que ingerem *fast food* raramente + mensalmente apresentam um valor superior de Suporte

emocional paterno [respetivamente, $M = 61,7$; $DP = 10,93$; $M = 57,7$; $DP = 13,66$; $t(400) = 2,338$, $p = 0,021$] e um valor inferior de Rejeição materna [respetivamente, $M = 13,9$; $DP = 3,46$; $M = 15,3$; $DP = 5,32$; $t(400) = -2,036$, $p = 0,036$] do que os jovens que o fazem diariamente + semanalmente.

Através de testes do qui quadrado para a independência testámos associações entre as variáveis sociodemográficas, saúde e alimentares (na amostra total) (Tabelas 15, 16, 17 e 18). Dos jovens que praticam desporto apenas 25.6% nunca + às vezes tomam o pequeno-almoço contrariamente aos 74,4% dos jovens que não pratica desporto, $X^2(1, n = 400) = 17,153$, $p \leq 0,001$; $Fi = -0,207$ (tamanho do efeito pequeno, de acordo com Cohen, 1988) (Tabela 15).

Tabela 15

Teste do Qui-Quadrado para a Independência (prática de desporto e toma de pequeno-almoço)

Pequeno-almoço	Prática de desporto		n
	Sim	Não	
Nunca + às vezes	25,6%	74,4%	43
Todos os dias	58,8%	41,2%	357
n	221	179	400

Entre os jovens que não praticam desporto, 61,2% come vegetais raramente + mensalmente (vs. 38,8% dos jovens que praticam desporto) $X^2(1, n = 239) = 3,930$, $p = 0,047$; $Fi = -0,128$ (tamanho do efeito pequeno, de acordo com Cohen, 1988) (Tabela 16).

Tabela 16

Teste do Qui-Quadrado para a Independência (prática de desporto e ingestão de vegetais)

Vegetais	Prática de Desporto		n
	Sim	Não	
Raramente + mensalmente	38,8%	61,2%	49
Diariamente + semanalmente	57,7%	42,5%	351
n	221	179	400

Observou-se que 61,9% dos jovens com 14 anos ou mais e 38,1% dos jovens com 12-13 anos de idade bebe refrigerantes diariamente + semanalmente, $X^2(1, n = 401) = 4,187$, $p = 0,041$; $Fi = 0,102$ (tamanho do efeito pequeno, de acordo com Cohen, 1988) (Tabela 17).

Tabela 17

Teste do Qui-Quadrado para a Independência (idade e ingestão de refrigerantes)

Refrigerantes	Idade (anos)		n
	12-13	14-18	
Raramente + mensalmente	48,2%	51,8%	199
Diariamente + semanalmente	38,1%	61,9%	202
n	173	228	401

Dos jovens que frequentam uma escola rural 73,5% raramente + mensalmente ingere *fast food* por oposição aos 26,5% dos jovens que frequentam uma escola “urbana”, $X^2(1, n =$

402) = 12,326, $p \leq 0,001$; $F_i = 0,175$ (tamanho do efeito pequeno, de acordo com Cohen, 1988) (Tabela 18).

Tabela 18

Teste do Qui-Quadrado para a Independência (escola frequentada e ingestão de fast food)

Fast food	Escola		n
	Rural	Urbana	
Raramente + mensalmente	73,5%	26,5%	328
Diariamente + semanalmente	52,7%	47,3%	74
n	280	122	402

Depois dos resultados encontrados fomos conduzir diferentes análises de regressão múltipla para testar quais as dimensões do EMBU-A e quais as variáveis sociodemográficas, familiares e de saúde que tinham mostrado associações com as dimensões do TAA-25, com a pontuação total do TAA-25 e com o IMC mostravam ser preditores destas últimas variáveis. Através de análises de regressão logística, fomos verificar que dimensões do EMBU-A que se tinham mostrado associadas à variável pontuação total do TAA-25 dicotomizada pelo ponto de corte de 19 a prediziam.

Em todas as análises realizadas e apresentadas de seguida foram cumpridas as suposições relativas ao tamanho da amostra (seguindo a fórmula por Tabachnick & Fidell (2007, p.123) que tem em conta o número de preditores/VIs que pretendemos analisar (n tem de ser $> 50 + 8m$; m corresponde ao número de VIs), ausência de multicolinearidade: atendendo à matriz de correlações entre as variáveis que se mostraram entre si superiores a 0,7 (Pallant, 2007) e considerando os valores de tolerância/Tolerance e VIF das VIs (valores de tolerância superiores a 0,10 e de VIF inferiores a 10).

Quanto à presença de valores extremos e à homocedasticidade segundo Tabachnick & Fidell (2007), nas análises de regressão múltipla, ao analisarmos o *scatterplot* fornecido pelo output do SPSS, devemos eliminar os casos cujos resíduos standardizados (tal como surge indicado no *scatterplot*) apresentem valores superiores a 3,3 ou inferiores a -3,3 ou que na tabela *Casewise Diagnostics* apresentem valores residuais entre -3,0 e 3,0. Fizemos isso nas análises em que tal se mostrou necessário. Sendo importante analisar a independência entre as variáveis aleatórias residuais/independência dos resíduos (ou seja, se a sua covariância é nula), recorreremos ao teste de Durbin-Watson, cujo valor deverá aproximar-se de 2, para se considerar que não existe autocorrelação entre os resíduos (Pallant, 2007). Excluímos as VIs que revelaram valores *ZResidual* superiores a 2,5 (Pallant, 2007).

Regressões múltiplas na amostra total

Realizámos uma análise de regressão múltipla hierárquica para avaliar a capacidade da variável de saúde (prática de desporto), introduzida num primeiro bloco e as três dimensões do EMBU-A (perceção de Suporte Emocional da pai, perceção de Rejeição do pai, e perceção de Sobreproteção da mãe) num segundo bloco, a predizer a VD *Motivação para a Magreza*. A VI prática de desporto explicou 1,2% da variância da sintomatologia anoréctica. Depois de introduzirmos no segundo bloco as três dimensões do EMBU-A, a variância explicada pelo modelo como um todo foi de 5,8%, $F(4, 371) = 4,371$, $p \leq 0,001$. Estas três variáveis explicaram uma percentagem adicional de 4,6% da variância daquela sintomatologia, depois de controlar a variável introduzida no primeiro bloco, mudança do $R^2 = 0,046$, mudança do $F(3, 371) = 6,051$, $p \leq 0,001$. Apenas duas variáveis ofereceram uma contribuição única significativa para a VD: a perceção de Suporte Emocional por parte do pai ($\beta = -0,168$; $p = 0,001$) e a variável prática de desporto ($\beta = 0,119$; $p = 0,019$) (Tabela 19).

Tabela 19

Regressão múltipla hierárquica predizendo a Motivação para a Magreza através das VIs (prática de desporto, perceção de Suporte Emocional da pai, perceção de Rejeição do pai e perceção de Sobreproteção da mãe)

Preditor	Motivação para a Magreza	
	ΔR^2	β
Passo 1	0,012**	
Prática de desporto		0,119**
Passo 2	0,058***	
Perceção de Suporte Emocional por parte do pai	-	-0,168***
Perceção de Rejeição por parte do pai	-	0,048 (Ns)
Perceção de Sobreproteção por parte da mãe	-	0,108 (Ns)
Total R^2	0,072 ***	-
F(modelo final)	5,692***	-

NOTA: Tabela segundo as normas da APA (APA, 2010) R^2 = Coeficiente de determinação; β = Beta; Ns = Não significativo; ** $p < 0,05$. *** $p < 0,001$.

Para avaliarmos a capacidade de quatro VIs (perceção de Suporte Emocional por parte do pai, perceção de Rejeição por parte do pai, Perceção de Suporte Emocional por parte da mãe e perceção de Sobreproteção por parte da mãe) a predizer a VD *Comportamentos Bulímicos* realizámos uma análise de regressão múltipla *standard*. O modelo com as quatro VIs explicou 12,3% [$F(4,334) = 11,702$ $p \leq 0,001$]. Apenas a variável perceção de Suporte Emocional por parte do pai ($\beta = -0,471$; $p \leq 0,001$) e perceção de Suporte Emocional por parte da mãe ($\beta = -0,364$; $p \leq 0,001$) contribuíram significativamente para a VD, quando a variância explicada pelas outras VI no modelo foi controlada (Tabela 20).

Tabela 20

Regressão múltipla predizendo os Comportamentos Bulímicos (TAA-25) através das VIs (percepção de Suporte Emocional do pai, percepção de Rejeição do pai, Suporte Emocional da mãe e Sobreproteção da mãe do EMBU-A)

Preditor	Comportamentos bulímicos	
	ΔR^2	β
Percepção de Suporte Emocional por parte do pai	-	-0,471***
Percepção de Rejeição por parte do pai	-	0,005 (Ns)
Percepção de Suporte Emocional por parte da mãe	-	-0,364***
Percepção de Sobreproteção por parte da mãe	-	0,019 (Ns)
Total R^2	0,123 ***	-
F(modelo final)	11,702***	-

NOTA: Tabela as normas da APA (APA, 2010) R^2 = Coeficiente de determinação, β =Beta, Ns = Não significativo ** $p < 0,05$ *** $p < 0,001$

Para avaliarmos a capacidade de uma VI (percepção de Sobreproteção da mãe) de prever a VD *Pressão Social para Comer* recorremos a uma análise de regressão múltipla *standard*. O modelo com esta VI revelou não ser estatisticamente significativo.

Recorremos a uma análise de regressão múltipla *standard* para avaliar a capacidade de três VIs (percepção de Suporte Emocional do pai, percepção de Sobreproteção do pai e percepção de Sobreproteção da mãe) a prever a VD *IMC*. A análise de regressão mostrou que o modelo com as três VIs explicou 4,6% [$F(3,393) = 6,268$ $p \leq 0,001$]. Porém, nenhuma das variáveis revelou contribuir significativamente para a VD.

Regressão logística na amostra total

Conduzimos uma análise de regressão logística para avaliar o impacto das VIs na probabilidade dos sujeitos apresentarem pontuação superior ou igual a 19 no TAA-25. Introduzindo as VIs percepção de Suporte Emocional pelo pai, percepção de Rejeição pelo pai e Sobreproteção por parte da mãe num bloco testámos a capacidade preditiva de cada uma, controlando os efeitos das outras VIs no modelo. Este mostrou-se estatisticamente significativo, $\chi^2(3, n = 401) = 18.766$, $p \leq 0,001$, sendo capaz de distinguir os sujeitos com essa pontuação dos que não a tiveram. Como um todo, o modelo explicou entre 4,6% (*Cox e Snell R square*) e 6,1% (*Nagelkerke R square*) da variância no estatuto em termos de pontuação no TAA-25, classificando corretamente 59,1% dos casos. Duas VIs contribuíram significativamente para o modelo, o Suporte Emocional pelo pai e a percepção de Rejeição pelo pai apresentando *odds ratio* (OR), respetivamente, de 1,02 e de 0,90 (Tabela 21). Um valor acima na pontuação da percepção de Suporte Emocional diminui o risco em uma vez dos participantes terem pontuação no TAA-25 igual/acima de 19, controlando a outra VI. Um valor acima na pontuação na percepção de Rejeição pelo pai aumenta o risco (embora o OR seja dificilmente interpretável) dos participantes terem pontuação no TAA-25 acima de 19,

controlando a outra VI. Os ICS das duas variáveis não contêm 1, pelo que são estatisticamente significativos.

Tabela 21

Regressão logística: Modelo com VIs (EMBU-A: percepção de Suporte Emocional e percepção de Rejeição por parte do pai e percepção de Sobreproteção por parte da mãe) predizendo pontuação total no TAA-25 dicotomizado pelo ponto de corte 19

Preditores	β	Erro padrão	Wald	gl	p	OR	IC 95,0% para o OR	
							Inferior	Superior
Suporte Emocional pai	-0,023	0,09	6,314	1	0,012	1,02	1,00	1,04
Rejeição pai	0,108	0,05	4,236	1	0,040	0,90	0,811	0,995
Sobreproteção mãe	0,031	0,23	1,906	1	0,165	0,97	0,927	1,013
Constante	1,321	0,69	3,647	1	0,056	3,747	-	-

NOTA: β , Valor de Beta; gl, graus de liberdade; IC, Intervalo de Confiança; OR, Odds Ratio

Regressões múltiplas na amostra de raparigas

Realizámos duas análises de regressão múltipla *standard* para avaliar a capacidade da VI percepção de Rejeição por parte da mãe predizer a VD *Motivação para a Magreza* e a VD *Comportamentos Bulímicos*. Quer numa análise quer noutra, a análise de regressão revelou que o modelo não era significativo.

Regressão logística na amostra de raparigas

Conduzimos uma análise de regressão logística para avaliar o impacto da VI percepção de Rejeição por parte de mãe na probabilidade dos sujeitos apresentarem pontuação superior a 19 no TAA-25. O modelo mostrou-se estatisticamente significativo, $\chi^2(1, n = 400) = 6,384$, $p = 0,012$, sendo capaz de distinguir os sujeitos com essa pontuação dos que não a tiveram. Como um todo, o modelo explicou entre 1,6% (*Cox e Snell R square*) e 2,1% (*Nagelkerke R square*) da variância no estatuto em termos de pontuação no TAA-25, classificando corretamente 56,0% dos casos. A VI percepção de Rejeição pela mãe apresentou uma contribuição estatisticamente significativa para o modelo apresentando *odds ratio* (OR) de 0,94 (Tabela 22). Um valor acima na pontuação na percepção de Rejeição pela mãe aumenta o risco (embora o OR seja dificilmente interpretável) dos participantes terem pontuação no TAA-25 acima de 19, controlando a outra VI. O IC da variável não contém 1, pelo que o seu OR é estatisticamente significativo.

Tabela 22

Regressão logística: Modelo com VIs (percepção de Rejeição por parte da mãe) predizendo pontuação total no TAA-25 dicotomizado pelo ponto de corte 19 (TAA-25)

Preditores	β	Erro padrão	Wald	gl	p	OR	IC 95,0% para o OR	
							Inferior	Superior
Rejeição mãe	0,067	0,03	6,036	1	0,014	0,935	0,887	0,987
Constante	2,581	1,12	5,335	1	0,021	13,212	-	-

NOTA: β , Valor de Beta; gl, graus de liberdade; IC, Intervalo de Confiança; OR, Odds Ratio

Regressões logísticas na amostra total (VDs: itens alimentares)

Procurámos realizar uma análise de regressão logística *standard* para avaliar a capacidade da percepção de Suporte Emocional do pai e da mãe a predizer a VD *toma de pequeno-almoço*, mas depois de eliminar os casos que eram valores extremos, não foi possível realizar a análise, porque os valores de OR apresentados não eram interpretáveis.

Conduzimos uma análise de regressão logística para avaliar o impacto das VIs (percepção de Suporte Emocional do pai e percepção do Suporte Emocional da mãe) na probabilidade dos sujeitos beberem leite raramente + mensalmente ou beberem leite diariamente + semanalmente. O modelo mostrou-se estatisticamente significativo, $\chi^2(1, n = 376) = 24.554, p \leq 0,001$, sendo capaz de distinguir os sujeitos que bebem leite raramente + mensalmente ou diariamente + semanalmente. Como um todo, o modelo explicou entre 6,3% (*Cox e Snell R square*) e 71,2% (*Nagelkerke R square*) da variância no facto do adolescente beber ou não leite, classificando corretamente 99,2% dos casos. A VI percepção de Suporte Emocional do pai apresentou uma contribuição estatisticamente significativa para o modelo apresentando um OR de 0,82 (Tabela 23). Um valor acima na pontuação na percepção de Suporte Emocional do pai aumenta o risco (embora o OR seja dificilmente interpretável) dos participantes beberem leite, controlando a outra VI. O IC da variável não contém 1, pelo que

Tabela 23

Regressão logística: Modelo com VIs (percepção de Suporte Emocional pai e percepção do Suporte Emocional por parte da mãe) predizendo a probabilidade de beber leite

Predictores	β	Erro padrão	Wald	gl	p	OR	IC 95,0% para o OR	
							Inferior	Superior
Suporte Emocional pai	0,193	0,93	4,283	1	0,038	0,824	0,686	0,990
Suporte Emocional mãe	-0,412	0,342	1,451	1	0,228	1,509	0,773	2,948
Constante	-4,894	8,354	8,354	1	0,558	133,476	-	-

NOTA: β , Valor de Beta; gl, graus de liberdade; IC, Intervalo de Confiança; OR, Odds Ratio

Conduzimos uma análise de regressão logística para avaliar o impacto da VI *idade* na probabilidade dos sujeitos beberem refrigerantes raramente + mensalmente ou beberem refrigerantes diariamente + semanalmente. O modelo mostrou-se estatisticamente significativo, $\chi^2(1, n = 401) = 4,195, p \leq 0,05$, sendo capaz de distinguir os sujeitos bebem refrigerantes raramente + mensalmente ou diariamente + semanalmente. Como um todo, o modelo explicou entre 1,0% (*Cox e Snell R square*) e 1,4% (*Nagelkerke R square*) da variância no facto dos jovens beberem refrigerantes, classificando corretamente 55,1% dos casos. A VI idade apresentou uma contribuição estatisticamente significativa para o modelo apresentando um OR de 1,51 (Tabela 24). Dado que o valor de β se revelou negativo, quando

a idade do jovem aumenta, a probabilidade de beber refrigerantes aumenta em 1,5. O IC da variável não contém 1, pelo que o seu OR é estatisticamente significativo.

Tabela 24

Regressão logística: Modelo com VIs (idade) predizendo a probabilidade de beber refrigerantes

Preditores	β	Erro padrão	Wald	gl	p	OR	IC 95,0% para o OR	
							Inferior	Superior
Idade	0,414	0,203	4,172	1	0,041	1,513	1,017	2,251
Constante	0,635	0,334	3,618	1	0,057	0,530	-	-

NOTA: β , Valor de Beta; gl, graus de liberdade; IC, Intervalo de Confiança; OR, Odds Ratio

Procurámos realizar uma análise de regressão logística *standard* para avaliar a capacidade da prática de desporto a predizer a VD *ingestão de refrigerantes*, mas depois de eliminar os valores extremos, não foi possível realizar a análise, porque os valores de OR não eram interpretáveis. O mesmo verificou-se quando procurámos realizar uma análise de regressão logística *standard* para avaliar a capacidade da perceção de Sobreproteção do pai e da mãe a predizer a VD *ingestão de fruta* e para avaliar a capacidade da perceção de Suporte Emocional do pai e Rejeição da mãe a predizer a VD *ingestão de fast food*.

CONCLUSÃO/DISCUSSÃO

Antes de discutir os resultados centrais do estudo, consideramos importante referir que existem poucos estudos que associem as atitudes e comportamentos alimentares em adolescentes às perceções dos estilos educativos parentais. Existem estudos que focam a associação dos estilos educativos parentais com sintomas de ansiedade, auto estima e stress. Outros exploram a associação entre os estilos educativos parentais e o comportamento alimentar, mas seguindo uma abordagem categorial dos estilos educativos parentais. A escassez de estudos nacionais e internacionais limita fortemente a possibilidade de compararmos os nossos resultados, mas implica também um contributo significativo para a literatura sobre o tema, por parte do presente trabalho.

Tratando-se de uma amostra de tamanho considerável é muito bom verificar que a maioria dos jovens toma pequeno-almoço todos os dias, bebe leite diariamente, come vegetais e fruta diariamente ou semanalmente e que só come *fast food* raramente ou mensalmente. Trata-se de resultados positivos que contrariam a literatura sobre o tema que aponta para hábitos/comportamentos alimentares mais disfuncionais durante a adolescência. Assim, contrariamente aos nossos resultados, num estudo realizado por Pombo, Monteiro, Pecorelli e Antunes (2010) a maioria dos inquiridos não consumia leite ou pão todos os dias (40-57%), bebia menos de 1l de água por dia (51%) e apenas uma minoria consumia vegetais e produtos hortícolas diariamente (13%). Apesar dos resultados acima referidos, relativos ao

nosso estudo, serem positivos, é preocupante o consumo de refrigerantes pelos adolescentes, visto que 50,5% da amostra bebe refrigerantes diariamente ou semanalmente. É também preocupante o consumo de doces da nossa amostra, com mais de metade dos jovens a consumir doces diariamente ou semanalmente. Tal como a literatura aponta também na nossa amostra se verifica que são os rapazes que mais bebem refrigerantes (Carvalho et al., 2006; Machado et al., 2012) e, ao contrário do que Machado e colaboradores (2012) referem, são as raparigas que no nosso estudo mais doces consomem. Tal como referido na literatura geral, também no nosso estudo as raparigas não tomam o pequeno-almoço mais vezes do que os rapazes (Gleason & Suitor, 2001; Pearson et al., 2009b; Story & Stang, 2005).

Importa também discutir as associações encontradas entre algumas variáveis sociodemográficas, de saúde e alimentares. Como seria de esperar os jovens que praticam desporto tomam mais vezes o pequeno-almoço que os jovens que não o fazem. Frensch, Perry, Leon, & Fulkerson (1994) constataram que a prática de desporto se associava à preferência e consumo de alimentos “saudáveis”, no entanto os índices mais elevados de prática desportiva também se correlacionavam com a maior frequência de sinais de PCA, particularmente no sexo feminino. A preferência por alimentos de pouca qualidade nutricional e a prática de desporto de lazer estavam associados a uma menor prevalência de perturbações alimentares. Os jovens com mais idade bebem com mais regularidade refrigerantes. Este dado é congruente com a literatura, com alguns estudos a referirem que com a idade os jovens experimentam mais comidas e bebidas, enquanto que quando são mais novos preferem comidas mais “familiares” (e.g. Nu, Macleod, & Barthelemy, 1996). Este dado faz sentido se pensarmos que a adolescência envolve experimentações (e.g. mais saídas fora do círculo familiar) e a uma maior influência dos pares nas escolhas alimentares, o que aumenta a probabilidade de ingerirem, por exemplo, mais refrigerantes, algo que não fariam com tanta frequência no contexto familiar. Os adolescentes que frequentam uma escola “rural” referem, numa percentagem superior, raramente ou só mensalmente comerem *fast food* em comparação com os adolescentes de uma escola “urbana”. Podemos hipotetizar que a falta de acessibilidade pode contribuir para o menor consumo de *fast food* por parte dos jovens em zonas rurais. De facto, alguns autores consideram que as zonas urbanas facilitam o acesso a estes alimentos e que as zonas rurais, pautadas por um maior isolamento, dificultam-no (Puskar, & Grabiak, 2008). Apesar desta hipótese, num estudo realizado em Portugal, Cunha, Sinde e Bento (2006) verificaram que a maioria dos adolescentes consome regularmente *fast food* tanto em zonas rurais como urbanas, destacando-se o consumo regular de pizza no meio rural *versus* meio urbano (40,9% vs. 26,7%).

Quando Portugal é considerado o país europeu com maior prevalência de excesso de peso (WHO, 2007) é muito positivo verificar que a maioria dos jovens da nossa amostra possui um IMC dentro dos valores considerados normais, com uma média de 20,8 (Rapazes: $M = 21,1$; raparigas: $M = 20,6$). Teixeira (2008) (numa amostra de adolescentes entre o 8º e o 12º ano) relata uma média semelhante à nossa (amostra total composta por ambos os sexos, $M = 21,2$). É igualmente positivo verificar que na nossa amostra total e em ambos os sexos, a maioria dos jovens apresenta uma pontuação total no TAA-25 inferior a 19 (ponto de corte indicado por Pereira e colaboradores (2001) ajustado à prevalência) indicando uma eventual PCA. Na nossa amostra, 7,2% (rapazes: 5,0%; raparigas: 8,7%) dos sujeitos apresentam atitudes e comportamentos alimentares que podem ser disfuncionais, indicando uma possível PCA, isto é, uma pontuação superior ou igual a 19 no TAA-25, resultados relativamente semelhantes aos relatados por Bento (2011) (amostra total: 4%; rapazes: 1,6%; raparigas: 5,6%). A autora refere que as raparigas apresentam valores de prevalência superiores aos rapazes, o que acontece também no nosso estudo. Bilali e colaboradores (2010, cit. in Bento, 2011) referem que a prevalência de atitudes alimentares disfuncionais em países ocidentais se situa entre os 7,5% e os 30%. Num estudo realizado por Pereira e colaboradores (2011), recorrendo ao ponto de corte de 25 (não ajustado à prevalência e porque incluiu no seu estudo uma subamostra clínica), a autora obteve uma prevalência de 38,8% numa amostra clínica e 4,8% numa amostra não clínica. Mesmo não sendo totalmente possível comparar o nosso resultado com o deste estudo, os nossos valores aproximam-se do da amostra não clínica. Os resultados relativos ao IMC e ao ponto de corte do TAA-25 devem ser vistos como positivos, visto que se referem a uma amostra de adolescentes, que se encontra numa fase vulnerável para o desenvolvimento de PCA. Ainda assim, continuam a ser as raparigas a apresentar maior prevalência de eventual PCA e o valor de 8,7% no nosso estudo é um pouco superior ao de 5,6% relatado por Bento (2011). Talvez este resultado se deva ao facto da nossa amostra incluir jovens de diferentes escolas, “urbanas” e “rurais” e jovens do 7º ao 12º ano.

Relativamente aos resultados obtidos no que se refere às dimensões do TAA-25 (Motivação para a magreza: $M = 4,9$; Comportamentos Bulímicos: $M = 0,5$; Pressão Social para Comer: $M = 0,5$) obtivemos resultados inferiores a Teixeira (2008) (respetivamente: $M = 17,34$; $M = 3,18$; $M = 2,56$) e ligeiramente superiores a Bento e colaboradores, (2011) ($M = 2,06$; $M = 0,82$; $M = 0,39$). Na dimensão Motivação para a Magreza do TAA-25 e na pontuação total do questionário, os rapazes apresentam valores médios superiores aos das raparigas ainda que não se trate de diferenças significativas. Teixeira (2008) obteve diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Motivação para a Magreza,

Comportamentos Bulímicos e na pontuação total do TAA-25. Já Bento e colaboradores (2011) encontraram diferenças na pontuação total e na dimensão Motivação para a Magreza. Em relação às dimensões do EMBU-A, não foram encontradas diferenças significativas nas subamostras por sexo. No entanto, os rapazes apresentam valores ligeiramente superiores às raparigas em todas as dimensões à exceção do Suporte Emocional da mãe. Isto pode ser justificado pelo facto de os adolescentes verem as mães como aquelas que impõem mais regras e os pais como alguém com quem podem realizar atividades de lazer e a quem podem pedir conselhos (Holmbeck et al., 1995). No entanto, contrariamente aos nossos resultados, Holmbeck e colaboradores (1995) referem que as mães tendem a ser mais calorosas, a fornecer mais suporte e a serem mais próximas com os filhos (de ambos os sexos).

Relativamente às correlações encontradas entre as dimensões do EMBU-A e do TAA-25, a Rejeição materna (associação positiva) e o Suporte Emocional paterno (associação negativa) parecem influenciar as atitudes e comportamentos alimentares. Assim, quanto maior a Rejeição materna, maior a sintomatologia anorética e bulímica (dimensões Motivação para a Magreza e Comportamentos Bulímicos) aumentando a probabilidade de as raparigas virem a desenvolver comportamentos alimentares disfuncionais, como uma eventual PCA (i.e. pontuação igual ou superior a 19 no TAA-25). Por oposição, no que diz respeito ao Suporte Emocional paterno, quanto maior este for, menor parecerá ser a sintomatologia anorética e bulímica (dimensões Motivação para a Magreza e Comportamentos Bulímicos). Em acordo com os nossos dados, segundo Gower e Shore (2001) as mães de pacientes com PCA tendem a ser mais críticas (aspeto central do estilo educativo parental Rejeição) e a incentivar as filhas a fazer dietas.

Relativamente às associações entre as dimensões do EMBU-A e a pontuação total do TAA-25 dicotomizada pelo ponto de corte de 19, verificou-se que o Suporte Emocional do pai estava associado a valores inferiores ao ponto de corte 19, enquanto que a Sobreproteção da mãe e a Rejeição do pai estavam associadas a pontuações superiores ao ponto de corte 19. Na pesquisa realizada para esta dissertação não encontrámos estudos que cruzassem o ponto de corte 19 do TAA-25 com o EMBU-A pelo que os nossos resultados contribuem para acentuar o papel eventualmente protetor da perceção de Suporte Emocional e o papel eventualmente de risco da perceção de Sobreproteção e Rejeição para o desenvolvimento de sintomas de PCA ou mesmo de uma PCA. Não se tratando de resultados totalmente sobreponíveis aos já referidos de Gower e Shore (2001) a Sobreproteção e a Rejeição (que aliás são dimensões que costumam surgir associadas positivamente; Gerlsma, Emmelkamp, & Arrindel, 1990) parecem estar associadas ao desenvolvimento de PCA.

O pequeno-almoço e a ingestão de leite parecem estar associados à percepção de Suporte Emocional por parte de ambos os pais. Os jovens que nunca ou raramente tomam o pequeno-almoço e os jovens que raramente ou mensalmente bebem leite apresentam um valor inferior de Suporte Emocional de ambos os progenitores ao dos jovens que o fazem todos os dias. Não se tratando de dados totalmente sobreponíveis, num estudo de Pearson e colaboradores (2009b) os adolescentes com pais Autoritativos (pais que apresentam valores elevados de Suporte Emocional e de Sobreproteção) comem mais vezes por semana o pequeno-almoço (vs. pais negligentes: baixo Suporte Emocional e Sobreproteção). No presente estudo, a Sobreproteção paterna e materna parece influenciar a diminuição da ingestão de fruta. Relativamente à ingestão de *fast food*, o Suporte Emocional paterno parece diminuir o seu consumo, ao contrário da Rejeição materna que parece aumentar o mesmo. Os Comportamentos bulímicos (TAA-25) surgem associados ao estado civil dos pais. Hipotetizamos que o divórcio e a ausência de um dos progenitores podem condicionar a estrutura familiar, com a comida a poder funcionar como o caminho encontrado pelos adolescentes como uma fuga a possíveis frustrações.

Partindo do pressuposto de que os hábitos/comportamentos alimentares e atitudes alimentares podem ser influenciados pelos estilos educativos parentais foram realizadas análises de regressão múltipla e logística. Na amostra total verificou-se que o Suporte Emocional do pai e da mãe diminuem o risco do aparecimento de sintomatologia bulímica (dimensão Comportamentos Bulímicos) e que o Suporte Emocional do pai diminui a probabilidade do desenvolvimento de sintomatologia anorética (dimensão Motivação para a Magreza). Tereno e colaboradores (2008) relatam que as pacientes com anorexia com um bom vínculo terapêutico percebem maior Suporte Emocional do pai e menor Rejeição do pai. Já as pacientes bulímicas com um maior vínculo terapêutico referem maior Suporte Emocional materno, menor Rejeição materna e menor Sobreproteção paterna. Assim, de uma forma genérica, a percepção de Suporte Emocional parece ser protetora relativamente ao desenvolvimento de sintomatologia de PCA, por oposição à percepção de Rejeição, que parece aumentar o seu risco. Verificamos ainda que a prática de desporto aumenta a probabilidade do desenvolvimento de sintomatologia anorética (dimensão Motivação para a Magreza). O exercício físico tem sido associado ao desenvolvimento e manutenção da AN, como forma de compensação ou forma de suprimir o seu estado emocional (Peñas-Lledó, Leal, & Walker, 2002). Davis e colaboradores (1997) concluíram que as anoréticas são mais propensas a praticar exercício compulsivo que as bulímicas. Num estudo sobre os preditores de exercício compulsivo, o desejo de emagrecer, o perfeccionismo e a obsessão compulsiva foram

apontados como eventuais preditores (Goodwin, Haycraft, Willis, & Meyer, 2011; Peñas-Lledó et al., 2002). Adicionalmente, e de novo, verificou-se, na amostra total, que a Rejeição paterna parece aumentar a probabilidade de desenvolver eventual PCA (i.e., pontuação igual/superior a 19) e o Suporte Emocional paterno parece diminuir o risco desse mesmo resultado/*outcome*. Verificou-se, igualmente, relativamente às raparigas, que a Rejeição materna aumenta o risco das mesmas apresentarem pontuação igual ou acima do ponto de corte de 19 (eventual PCA). Cooley, Toray, Wang, & Valdez (2007) referem que vários estudos têm concluído que a relação calorosa e de proximidade entre mãe e filha pode ser um fator de protetor, enquanto a falta de proximidade pode ser um fator de risco para uma alimentação disfuncional, preocupações com o peso e perceção disfuncional da imagem corporal. A modelagem entre mãe e filha e o peso do *feedback* direto e do incentivo a perder peso são fortes influenciadores do desenvolvimento de PCA.

Como limitações deste estudo importa referir que calculamos o IMC através do autorrelatado dos adolescentes. Este é o cálculo mais comum na investigação biomédica. Contudo, existe tendência para subestimação do peso e subestimação da altura auto relatados pelo que os valores utilizados podem sofrer destes enviesamentos. Poderia ainda ser considerada uma limitação o facto de incluirmos no estudo adolescentes de zonas rurais e urbanas. No entanto, numa dissertação realizada pela equipa que recolheu esta amostra (protocolo referido nos procedimentos) não se verificaram diferenças significativas nas variáveis alimentares entre os adolescentes das duas zonas. Por fim, o facto de o estudo ser transversal impossibilita afirmações causais absolutas. Neste sentido, seria importante no futuro dar continuidade a esta investigação realizando um estudo longitudinal, em que se avaliasse a perceção dos estilos educativos parentais numa fase inicial e as atitudes, hábitos/comportamentos alimentares e IMC numa fase posterior. Seria muito interessante, também, conseguir verificar/avaliar (através de uma entrevista) se algum dos sujeitos avaliados, daqui a um ano ou dois, desenvolveu ou não uma PCA.

Como implicações deste estudo, no geral, apesar dos hábitos/comportamentos alimentares desta amostra de adolescentes não parecerem muito disfuncionais, os dados obtidos mostram que é necessário procurar aumentar o consumo de vegetais e de fruta, diminuir o consumo de refrigerantes, sobretudo, entre os rapazes, doces e *fast food*. Os adolescentes devem ser incentivados a tomar o pequeno-almoço.

Apesar de não termos encontrado valores elevados de eventual PCA, a percentagem de raparigas que a pode apresentar não deixa de ser relevante e alerta para a importância de desenvolver programas a aplicar em escolas e centros de saúde para professores, alunos, pais

e profissionais de saúde (apesar de existirem alguns esforços neste sentido, ainda existe muito por fazer nesta área). Estes programas teriam como objetivo promover hábitos/comportamentos alimentares saudáveis, dar a conhecer a existência das PCAs e das suas consequências, alertando que embora incidam mais na população feminina também os rapazes apresentam risco de as desenvolver. Tanto nas escolas como nos centros de saúde, sessões psicoeducativas transmitiriam aos adolescentes uma educação nutricional e aconselhamento, incidindo sobre os aspetos positivos de uma dieta saudável e sobre os riscos de dietas não controladas, que podem conduzir ao desenvolvimento de PCAs. O TAA-25 poderia, também, ser utilizado para rastrear nas escolas e nos centros de saúde eventuais casos de PCA. Quando estes casos fossem identificados, os jovens poderiam ser direcionados para serviços com equipas multidisciplinares (psicólogos, nutricionistas e médicos de diversas especialidades).

Embora comecem a surgir programas para uma alimentação saudável nas escolas do nosso país é importante continuar a incentivar as mesmas, os centros comunitários e outras organizações para restringir a comercialização de *fast foods*, salgados e refrigerantes para adolescentes e crianças dentro de seus edifícios ou no caso das escolas nos horários de funcionamento da cantina. As cantinas devem ter o cuidado de fazer refeições equilibradas, saciantes e com os nutrientes e proteínas necessários para os jovens que nesta fase de desenvolvimento se encontram em constantes mudanças físicas.

Os pais devem estar atentos aos tipos de refeições feitas pelos filhos fora de casa com o grupo de amigos. Para além disso, dado que se verificou, neste estudo, a importância dos estudos educativos parentais para as atitudes alimentares e sintomatologia alimentar, deveria, no futuro, ser “trabalhada” junto de pais e filhos, principalmente dos pais, a importância do Suporte Emocional (e.g. carinho, reconhecimento...) como um possível fator de proteção no desenvolvimento de atitudes e comportamentos alimentares disfuncionais. Se no sentido oposto, a Rejeição (e.g. castigos, punições...) parece influenciar negativamente nos comportamentos dos filhos podendo mesmo ser um fator de risco para o surgimento das PCA, em programas psicoeducativos os pais poderiam ser alertados para o peso desta dimensão que pode aumentar o risco de desenvolvimento dessas perturbações. Portanto, tal como deve ser transmitida a importância dos elogios, do carinho e de uma palavra amiga sem juízo de valores, também deve ser devolvido aos pais que sucessivas punições e/ou faltas de reconhecimento podem contribuir para atitudes/comportamentos alimentares disfuncionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarenga, M., & Dunker, K. L. L. (2004). Padrão e comportamento alimentar na anorexia e na bulimia nervosa. In: S. T. Philippi, & M. Alvarenga (Eds). *Transtornos alimentares: uma visão nutricional* (pp.131-148) São Paulo: Manole.
- Alvarenga, M. S., Scagliusi, F. B., & Philippi, S. T. (2011). Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras. *Revista Psiquiatria Clínica*, 38(1), 3-7.
- Azevedo, M. H. P., & Ferreira, C. P. (1992). Anorexia nervosa and bulimia: A prevalence study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 432-436. doi:10.1111/j.1600-0447.1992.tb03293.x
- American Psychiatric Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington DC: APA.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais- Texto Revisto (DSM-IV-TR)* (4^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bento, C., Saraiva, J., Pereira, A. T., Azevedo, M. H., & Santos, A. J. (2011). Atitudes e comportamento alimentares em uma população adolescentes portuguesa. *Pediatra*, 33(1), 21-28.
- Brasil, A. L. D. & Moraes, D. E. B. (2007) Transtornos Alimentares. In F. J. Nibrega (Eds). *Distúrbios da nutrição na infância e na adolescência* (2^a ed, pp. 491-505). Rio de Janeiro: Revinter.
- Canavarro, C. (1996). A avaliação das práticas educativas através do EMBU: estudos psicométricos. *Psychologica*, 16, 5-18.
- Carmo I. Reis, D., Varandas, P., Bouça, D., Padre-Santo, D., Neves, A., ... Galvão-Teles, A. (1999). Epidemiologia da anorexia nervosa: Prevalência da Anorexia Nervosa em adolescentes do sexo feminino nos distritos de Lisboa e Setúbal. *Acta Médica Portuguesa*, 12, 301-316.
- Carvalho, A., Rodrigues, V., Carvalho, G. S., & Gonçalves, A. (2007). Um olhar sobre os hábitos alimentares e de lazer de jovens adolescentes. In B. Pereira, G. S. Carvalho, & V. Pereira (Eds). *Novas realidades, novas práticas: atas do Seminário Internacional de Educação Física, Lazer e Saúde*. Braga: Instituto de Estudos da Criança da Universidade do Minho, 2007.
- Classificação Portuguesa das Profissões* (2010). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Conceição, L. (2012). *Estilos educativos parentais (EMBU-A), sintomatologia depressiva/ansiosa, stress e autoestima, numa amostra de adolescentes*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.
- Cooley, E., Toray, T., Wang, M. C., & Valdez, N. N. (2008). Maternal effects on daughters' eating pathology and body image. *Eating Behaviors*, 9, 52-61. doi:10.1016/j.eatbeh.2007.03.001
- Cunha, S., Sinde, S., & Bento, A. (2006). Hábitos Alimentares de Adolescentes Meio Rural/Urbano – Que contrastes? *Nutrição*, 6, 26-29.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.
- Davis, C., Katzman, D. K., Kaptein, S., Kirsch, C., Brewer, H., Olmstead, M. P., ... Kaplan, A. S. (1997). The prevalence of hyperactivity in the eating disorders: A etiological implications. *Comprehensive Psychiatry*, 38(6), 321-326.

- Fisher, J. O., Mitchell, D. C., Smiciklas-Wright, H., & Birch, L. L. (2002). Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(1), 58-64.
- French, S. A., Perry, C. L., Leon, G. R., & Fulkerson, M. A. (1994). Food Preferences, Eating Patterns, and Physical Activity Among Adolescents: Correlates of Eating Disorders Symptoms. *Journal of Adolescent Health*, 15, 286-294.
- Gambardella, A. M., Frutuoso, M. F., & Franch, C. (1999). Prática Alimentar de Adolescentes. *Revista Nutrição*, 12(1), 5-19.
- Gerlsma, C., Arrindell, W. A., Van der Veen, N., & Emmelkamp, P. M. G. (1991). A parental rearing style questionnaire for use with adolescents: psychometric evaluation of the EMBU-A. *Personality and Individual Differences*, 12(12), 1245-1253.
- Gerlsma, C., Emmelkamp, P. M. & Arrindel, W. A. (1990). Anxiety depression, and perception of early parenting: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 10, 251-277
- Gleason, P., & Suitor, C. (2001). *Children's Diets in the Mid-1990s: Dietary Intake and Its Relationship with School Meal Participation*. Acedido em 21, julho, 2012, em <http://www.fns.usda.gov/Ora/menu/Published/CNP/FILES/ChilDiet.pdf>
- Goodwin, H., Haycraft, E., Willis, A., & Meyer, C. (2011). Compulsive Exercise: The Role of Personality, Psychological Morbidity and Disordered Eating. *Internacional Journal of Eating Disorders*, 44(7), 655-660
- Gowers, S. G., & Shore, A. (2001). Development of weight and shape concerns in the etiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 179, 238-242. doi:10.1192/bjp.179.3.236
- Guimarães, C. (2009). *Alterações do Comportamento Alimentar na Adolescência: Anorexia, Bulimia e Obesidade*. Monografia. Universidade Vale do Rio Doce: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Governador Valadares. Acedido em 6, setembro, 2012, em <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Alteracoesdocomportamentoalimentarnaadolescenciaanorexiabulimiaeobesidade.pdf>
- Haycraft, E., & Blissett, J. (2009). Eating disorder symptoms and parenting styles. *Appetite*, 54, 221-224. doi:10.1016/j.appet.2009.11.009
- Holmbeck, G. N., Paikoff, R. L., & Brooks-Gunn, J. (1995). Parenting adolescents. In M. H. Bornstein (Eds). *Handbook of parenting* (vol. 1, pp. 91-118). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Keski-Rahkonen, A., Kaprio, J., Rissanen, A., Virkkunen, M., & Rose, R. J. (2003). Breakfast skipping and health-compromising behaviors in adolescents and adults. *European Journal of Clinical Nutrition*, 5(7), 842-853. doi: 10.1038/sj.ejcn.1601618
- Kremers, S. P., Brug, J., Vries, H., & Engels, R.C. (2003). Parenting Style and adolescent fruit consumption. *Appetite*, 41, 43-50. doi:10.1016/S0195-6663(3)00038-2
- Lacerda, M. I. M. C. (2005). *A percepção das práticas parentais pelos adolescentes: implicações na percepção de controlo e nas estratégias de coping*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa.
- Lamborn, S., Mounts, N., Steinberg, L., & Dornbusch, S. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62, 1049-1066.
- Lytle, L. A., Varnell, S., Murray, D. M., Story, M., Perry, C., Birnbaum, A. S., & Kubik, M. Y. (2003). Predicting Adolescent's Intake of Fruits and Vegetables. *Journal of nutrition education behavior*, 35, 170-178.
- MacFarlane, A., Crawford, D., Ball, K., Savage, G., & Worsley, A. (2007). Adolescent home food environments and socioeconomic position. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 16(4), 748-756.

- MacFarlane, A., Crawford, D., & Worsley, A. (2010). Associations between parental concern for adolescent weight and home food environment and dietary intake. *Journal of Nutrition Education and Behaviour*, 42(3), 152-160. doi: 10.1016/j.jneb.2008.11.004
- Machado, M. C., Alves, M. I., & Couceiro, M. L. (2011). Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Ata pediátrica Portuguesa*, 42 (5), 195-204.
- Machado, P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S. & Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not other-wise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 212–217. doi:10.1002/eat.20358
- Machado, P. P., Soares, I., Sampaio, D., Torres, A. R., Gouveia, J. P., Oliveira, C. V., & COST-B6 (2004). Perturbações Alimentares Em Portugal: Padrões de Utilização dos Serviços. *Revista de informação e divulgação científica do NDCA*, 1(1), 1-8.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In P. H. Mussen (Eds), *Handbook of child psychology* (vol. 4). New York: John Wiley and Sons.
- Madruga, S. W., Araújo, C. L., Bertoldi, A. D. & Neutzling, M. B. (2011). *Manutenção dos padrões alimentares da infância à adolescência*. Acedido em 29, fevereiro, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2012nahead/3433.pdf>
- Meeus, W. (1996). Studies on identity development in adolescence: An overview of research and some new data. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 569-598.
- Newman, K., Harrison, L., Dashiff, C. & Davies S. (2008) Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(1), 142-50.
- Nu, C., MacLeod, & Barthelemy, J. (1996). Effects of age and gender on adolescents's food habits and preferences. *Food Quality and Preference*, 7(3-4), 251-262.
- Oliveira, A., Albuquerque, C., Carvalho, G., Sendin, P., & Silva, M. (2009). Determinantes da Obesidade nos Adolescentes. In B., Pereira, I., Condessa, G., Carvalho, C. Cunha, & V. Pereira (Eds). *Atas do Vº Seminário Internacional/IIº Ibero Americano de Educação Física, Lazer e Saúde*. Universidade dos Açores. Acedido em 6, setembro, 2012, em http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9296/1/EdFLazSaude_Oliveira.pdf
- Paiva, M. O. A. (2010). Anorexia Nervosa na Adolescência: Estudo de Caso. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(2), 4-17.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for windows* (version 15). London: Open University Press.
- Pearson, N., Atkin, A. J., Biddle, S. J. H., Gorely, T., & Edwardson, C. (2009a). Parenting styles, family structure and adolescent dietary behavior. *Public Health Nutrition*, 13(8), 1245-1253. doi:10.1017/S136898009992217
- Pearson, N., MacFarlane, A., Crawford, D., & Biddle S. J. H. (2009b). Family circumstance and adolescent dietary behaviours. *Appetite*, 52, 668-674. doi:10.1016/j.appet.2009.03.004
- Pereira, A. T., Soares, M. J., Maia, B. R., Bos, S., Cabral, A., Macedo, A., Ferreira, P., & Azevedo, M.H. (2006). A versão Portuguesa Reduzida do Teste de Atitudes Alimentares-40. *Psiquiatria Clinica*, 27(1), 51-63.
- Pereira, A. T., Maia, B. R., Bos, S., Soares, M. J., Marques, M., Macedo, & Azevedo, M. H. (2008). The Portuguese Short Form of Eating Attitudes Test-40. *European Eating Disorders Review*, 16(4), 319-325.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (1993). *Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS* (3th ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pocinho, M. (1999). *Peso, insatisfação corporal, dietas e patologia alimentar*, Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Miguel Torga, Coimbra.

- Pombo, F., Monteiro, C., Pecorelli, C., & Antunes, J. L. (2010). Caracterização dos alunos de Ciências e Tecnologias da Saúde em relação à atividade física, índice de massa corporal e hábitos alimentares. O caso da ERISA. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 1(7), 37-57.
- Puskar, R. & Grabiak, R. (2008). Rural adolescents coping responses: Implications for behavioral health nurses. *Issues in mental Health Nursing*, 29, 523-535.
- Quaioti, T. C. B., & Almeida, S. S. (2006). Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. *Psicologia USP*, 17(4), 193-211.
- Rhee, K. R., Lumeng, J. C., Appugliese, D. P., Hacıroti, N., & Bradley, R. H. (2006). Parenting Styles and Overweight Status in First Grade. *Pediatrics*, 117(6), 2047- 2054. doi:10.1542/peds.2005-2259
- Rodrigues, M. R. S. (2010). As Tecnologias de Informação e Comunicação e a escola em meio rural. *Mediações-revista online da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Setúbal*, 1(2), 88-102.
- Simões, M. R. (1995). Política e moral da avaliação psicológica: Considerações em tomo de problemas éticos e deontológicos. In L. S Almeida, & I. S Ribeiro (Eds). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. 3, pp. 155-162). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Simões, M. R. (1996). Ética e deontologia da/na avaliação psicológica. In L. S. Almeida, F. R. E., Smink, D., Hoeken, & W. H., Hoek, (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406-414. doi: 10.1007/s11920-012-0282-y
- Soares, D. L., & Almeida, L. S. (2011). *Perceção dos estilos educativos parentais: Sua Variação ao longo da Adolescência*. Acedido em 8, janeiro, 2012, em <http://hdl.handle.net/1822/15346>.
- Story, M., & Stang, J. (2005). Understanding Adolescent Eating Behaviors. In M., Story, & J., Stang (Eds). *Guidelines for Adolescent Nutrition Services* (Cap.2). Acedido em 21, março, 2012, em http://www.epi.umn.edu/let/pubs/adol_book.shtm.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th Ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Teixeira, M. D. C. B. (2008). *Estudo de atitudes e comportamentos alimentares numa população adolescente*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Tereno, S., Soares, I., Martins, C., Celani, M., & Sampaio, D. (2007). Attachment Styles, Memories of Parental Rearing and Therapeutic Bond: A Study with Eating Disordered Patients, Their Parents and Therapists. *European Eating Disorders Review*, 16, 49-58.
- Tinsley, B. J. (2003). *How Children Learn to Be Healthy*. Reino Unido: Cambridge University Press. Acedido em 6, agosto, 2012, em <http://books.google.pt>.
- Videon, T. M., & Manning, C. K. (2003). Influences on Adolescent Eating Patterns: The Importance of Family Meals. *Journal of Adolescent Health*, 32, 365-373.
- Videon, T. M. (2005). Parent-Child Relations and Children's Psychological Well-Being: Do Dads Matter?. *Journal of Family Issues*, 26(1), 55-78. doi: 10.1177/0192513X04270262
- World Health Organization (2007). *The challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response*. Acedido em 6, setembro, 2012, em http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf

ANEXOS

EMBU-A

(Gerlsma, Arrindel, Van Der Veen & Emmelkamp, 1991; Adaptado por Lacerda, 2004)

Gostávamos de saber a tua opinião acerca dos comportamentos dos teus pais em relação a ti. Lê cuidadosamente as perguntas e considera a resposta que melhor se aplica ao teu caso. Responde separadamente colocando para cada questão um X num dos quadrados em frente ao Pai para avaliar o comportamento do teu pai e outra X num dos quadrados em frente a Mãe para avaliar o comportamento da tua mãe.

Indica apenas se:

Vives com ambos os pais: Sim ☐ Não ☐

Vives só com a mãe: Sim ☐ Não ☐

Vives só com o pai: Sim ☐ Não ☐

Os teus pais estão divorciados: Sim ☐ Não ☐

Outras situações não especificadas _____

EMBU – A**(1) Sim, a maior parte do tempo; (2) Sim, frequentemente; (3) Sim, ocasionalmente; (4) Não, nunca**

		(1)	(2)	(3)	(4)
1. Os teus pais interferem em tudo o que fazes?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os teus pais demonstram que gostam de ti?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Os teus pais gostariam que fosses diferente?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Já te aconteceu os teus pais não falarem contigo durante algum tempo depois de fazeres alguma coisa errada?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Os teus pais castigam-te por coisas sem importância?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Os teus pais pensam que tu tens de te esforçares para ires mais longe na vida?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pensas que os teus pais gostariam que fosses diferente?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mesmo quando fazes uma coisa estúpida, depois consegues fazer as pazes com os teus pais?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Os teus pais abraçam-te?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Achas que os teus pais gostam mais dos teus irmãos ou irmãs do que de ti?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sentes que os teus pais são mais injustos contigo do que com os teus irmãos?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Os teus pais proibem-te de fazeres coisas que os teus colegas estão autorizados a fazer, porque têm medo que te aconteça alguma coisa?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Os teus pais humilham-te na presença de outras pessoas?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Os teus pais preocupam-se com o que tu fazes depois das aulas?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Se a tua vida não corre bem, os teus pais tentam ajudar-te ou consolar-te?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Os teus pais castigam-te mais do que tu mereces?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Se fizeres alguma coisa sem autorização, os teus pais reagem de tal modo que comesças a sentir-te culpado?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Os teus pais mostram interesse pelas tuas notas escolares?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentes que os teus pais te ajudam se tiveres que fazer alguma coisa difícil?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Os teus pais tratam-te como a “ovelha negra” da família?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentes que os teus pais gostam de ti?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Os teus pais pensam que tens de ser o melhor em tudo?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Os teus pais demonstram claramente que gostam de ti?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Pensas que os teus pais têm a tua opinião em consideração?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Sentes que os teus pais gostam de estar contigo?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Tens a sensação de que os teus pais não têm tempo para ti?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Sim, a maior parte do tempo; (2) Sim, frequentemente; (3) Sim, ocasionalmente; (4) Não, nunca

		(1)	(2)	(3)	(4)
27. Tens que dizer aos teus pais o que estiveste a fazer quando chegas a casa?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sentes que os teus pais tentam que tenhas uma juventude feliz durante a qual possas aprender muitas coisas diferentes (por exemplo, através de livros, excursões, etc.)	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Os teus pais elogiam-te?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Sentes-te culpado porque te comportas de um modo que os teus pais desaprovam?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Sentes que os teus pais têm expectativas muito elevadas em relação ao teu desempenho escolar, desportivo, etc.?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Se te sentes infeliz, podes contar com a ajuda e compreensão dos teus pais?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. És castigado pelos teus pais mesmo quando não fizeste nada de errado?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Os teus pais dizem coisas desagradáveis a teu respeito a outras pessoas, por exemplo, que és preguiçoso ou difícil?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Quando acontece alguma coisa, os teus pais culpam-te?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Os teus pais aceitam-te tal como tu és?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Os teus pais alguma vez lidam contigo de um modo duro e pouco amigável?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Os teus pais castigam-te muito, mesmo por coisas sem importância?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Os teus pais já te deram uma bofetada sem razão?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Os teus pais interessam-se pelos teus passatempos ou por aquilo que gostas de fazer?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Os teus pais batem-te?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Os teus pais tratam-te de maneira que te sentes inferiorizado?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Achas que os teus pais estão sempre com medo que te aconteça alguma coisa?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Achas que tu e o teu pai/mãe gostam uns dos outros?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Os teus pais permitem que tu tenhas uma opinião diferente da deles?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Se fazes uma coisa bem feita, sentes que os teus pais têm orgulho em ti?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Os teus pais já te mandaram para a cama sem comer?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentes que os teus pais demonstram que gostam de ti, por exemplo, abraçando-te?	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TAA-25

(Garner & Garfinkel, 1979; versão reduzida de Pereira et al., 2005; Instituto de Psicologia Médica, FMUC; e-mail: psicomed@fmed.uc.pt)

Por favor, para cada uma das afirmações seguintes faça um círculo à volta da resposta que melhor se aplica a si, considerando:

Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
--------	-------------------	--------------	---------------	-------------	-------

Todos os resultados serão rigorosamente confidenciais. A maior parte das questões estão diretamente relacionadas com a comida ou o comer, embora outro tipo de questões tenham sido incluídas. Por favor, responda cuidadosamente a cada pergunta. Obrigado

1. Fico nervosa/o antes de comer.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
2. Ter peso a mais, aterroriza-me	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
3. Preocupe-me com comida.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
4. Tenho tido episódios de comer de mais, em que me sinto incapaz de parar.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
5. Conheço o valor calórico das comidas que como.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
6. Evito especialmente comidas ricas em hidratos de carbono (ex.: pão, batatas, arroz, etc.).	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
7. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
8. Vômito depois de comer.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
9. Sinto-me muitíssimo culpada/o depois de comer.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
10. Ando preocupada/o com o desejo de ser mais magra/o.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
11. Faço exercício energeticamente para queimar calorias.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
12. Penso em queimar calorias quando faço exercício.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
13. As outras pessoas acham que estou demasiado magra/o.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
14. Preocupo-me com a ideia de ter gordura no meu corpo.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
15. Tomo laxantes.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
16. Evito comidas que tenham açúcar.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
17. Como comida de dieta.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
18. Sinto que a comida controla a minha vida.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
19. Controlo-me em relação à comida.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
20. Sinto que os outros me pressionam para comer.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
21. Dedico tempo e preocupação demais à comida.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
22. Sinto-me desconfortável depois de comer doces.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
23. Ocupo-me em coisas para fazer dieta.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
24. Gosto de sentir o estômago vazio.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
25. Tenho vontade de vomitar depois das refeições.	Sempre	Muitíssimas vezes	Muitas vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca

Obrigado/a pela colaboração

APÊNDICES

**Investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica
(Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica)**



Código:	<input type="text"/>
Escola:	<input type="text"/>
Turma:	<input type="text"/>
Nº Aluno:	<input type="text"/>

Consentimento Informado para menores de 18 anos:

Vamos pedir-lhe que leia este pequeno texto. Antes de autorizar o seu filho a participar neste estudo coloque as questões que entender.

Esta investigação decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica (Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica) do Instituto Superior Miguel Torga (Coimbra) e tem como objetivo estudar a associação entre os estilos educativos parentais e algumas manifestações comportamentais e emocionais numa amostra de adolescentes. Para concretizarmos este objetivo, necessitamos que o seu filho responda a algumas perguntas de resposta breve e preencha três questionários, também de resposta rápida.

A participação do seu filho é muito importante. No entanto, ela é voluntária. Todos os dados recolhidos têm garantia de confidencialidade e servem somente para investigação científica. O investigador está disponível para qualquer esclarecimento acerca do estudo.

Eu, _____ li a informação acima apresentada e aceito que o meu/minha filho/a participe neste estudo.

Consentimento Informado para maiores de idade (18 anos ou mais):

Vamos pedir-te que leias este pequeno texto. Antes de autorizares a tua participação neste estudo coloca as questões que entenderes.

Esta investigação decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica (Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica) do Instituto Superior Miguel Torga (Coimbra) e tem como objetivo estudar a associação entre os estilos educativos parentais e algumas manifestações comportamentais e emocionais numa amostra de adolescentes. Para concretizarmos este objetivo, necessitamos que respondas a algumas perguntas de resposta breve e preenchas três questionários, também de resposta rápida.

A tua participação é muito importante. No entanto, ela é voluntária. Todos os dados recolhidos têm garantia de confidencialidade e servem somente para investigação científica. O investigador está disponível para qualquer esclarecimento acerca do estudo.

Eu, _____ li a informação acima e aceito participar neste estudo.

Coimbra, _____ de _____ de 20____

Código:
Escola:
Turma:
Nº Aluno:

Estilos educativos parentais e manifestações comportamentais e emocionais em adolescentes

Questionário sociodemográfico

Secção I

1. Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

2. Qual o teu ano de escolaridade?

7º ano ☐ 8º ano ☐ 9º ano ☐ 10º ano ☐ 11º ano ☐ 12º ano ☐

3. Qual é a tua idade? _____

Secção II

1. Com quem vives

- ☐ Família nuclear (só os pais)
☐ Família nuclear e alargada (com os pais e com tios, avós...)
☐ Família alargada (só com avós/tios...)

Com quantas pessoas vives no total _____

2. Estado civil dos teus pais

- ☐ Casados/vivem juntos
☐ Separados/divorciados/viúvos
☐ Nunca viveram juntos

3. Escolaridade e Profissão do teu pai e da tua mãe

Pai ☐ Sem escolaridade; ☐ Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade

☐ 1.º ciclo do ensino básico (4.ª classe); ☐ 2.º ciclo do ensino básico (5º/6º ano)

☐ 3.º ciclo do ensino básico (7º ao 9.º ano); ☐ Ensino secundário (10º ao 12.º ano)

☐ Curso superior (bacharelato, licenciatura, mestrado ou doutoramento)

Qual a profissão do teu pai? _____

- Mãe** ☐ Sem escolaridade; ☐ Sabe ler e escrever, mas não tem escolaridade
☐ 1.º ciclo do ensino básico (4.ª classe); ☐ 2.º ciclo do ensino básico (5º/6º ano)
☐ 3.º ciclo do ensino básico (7º ao 9.º ano); ☐ Ensino secundário (10º ao 12.º ano)
☐ Curso superior (bacharelato, licenciatura, mestrado ou doutoramento)

Qual a profissão da tua mãe? _____

- 4. Tens irmãos?** Não ☐
Sim ☐ quantos? _____

Secção III

- 1. Qual é o teu peso atual?** _____
2. Qual é a tua altura? _____
3. Praticas desporto, fora do contexto escolar? Sim ☐ Não ☐

Secção IV

- 1. Com que frequência tomas o pequeno-almoço durante a semana?**
☐ Nunca ☐ Às vezes ☐ Todos os dias
- 2. Com que frequência bebes leite?**
☐ Raramente ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Mensalmente
- 3. Com que frequência bebes coca-cola/refrigerantes?**
☐ Raramente ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Mensalmente
- 4. Com que frequência comes vegetais?**
☐ Raramente ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Mensalmente
- 5. Com que frequência comes fruta?**
☐ Raramente ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Mensalmente
- 6. Com que frequência comes hambúrguer, cachorro quente ou pizza?**
☐ Raramente ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Mensalmente
- 7. Com que frequência comes doces (chocolates, bolos)?**
☐ Raramente ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Mensalmente

