

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Liliana Filipa Lima Martins

Restrição alimentar em estudantes de enfermagem

Mestrado em Enfermagem Comunitária



Dezembro de 2014



Liliana Filipa Lima Martins

Restrição alimentar em estudantes de enfermagem

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório Final sob a orientação:
Professora Doutora Cláudia Chaves
Professor Doutor João Carvalho Duarte

Dezembro de 2014

“A coisa mais indispensável ao Homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento”.

Platão

Agradecimentos

Muitos foram os contributos prestados para que este trabalho se tornasse possível e muitas foram as pessoas que, de uma forma ou de outra, se tornaram protagonistas do mesmo.

A todos agradeço, reconhecendo a importância da sua presença e apoio.

Agradeço à minha Orientadora, Professora Doutora Cláudia Chaves, pelo acompanhamento, pelos saberes científicos e profissionais, apoio crítico e disponibilidade incondicional que sempre evidenciou durante esta investigação.

Ao Professor Doutor João Carvalho Duarte, coorientador deste trabalho, por toda a disponibilidade, paciência e partilha de saberes, sem os quais jamais teria conseguido chegar ao *terminus*.

Agradeço a todos os elementos estudantes de enfermagem que me possibilitaram realizar esta investigação, através do preenchimento dos questionários, dando um enorme contributo à amostra deste estudo.

Por fim, um agradecimento muito especial ao meu marido, pela extraordinária força e encorajamento.

A Deus, por me demonstrar que “posso todas as coisas naquilo que me fortalece” (Filipenses, 4:13).

A todos, o meu profundo reconhecimento.

Resumo

Enquadramento – A restrição alimentar pode ser um comportamento manifesto nos estudantes do ensino superior, como resultado inerente à vida universitária.

Objetivos - Verificar se as variáveis sociodemográficas, antropométrica, académicas, contextual e psicológicas interferem na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem.

Material e Método – Estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional. Recorreu-se ao questionário de caracterização sociodemográfica e académica, e às Escalas de Restrição Alimentar (Silva & Urzúa-Morale, 2010); de Ansiedade Depressão e Stress (Pais Ribeiro, 2004); Sonolência de Epworth (Santos, Ferreira & Moutinho, 2001), e Inventário de Personalidade de Eysenck (Silva et al., 1995). A amostra é não probabilística por conveniência, com 403 estudantes de enfermagem.

Resultados – Dos 403 estudantes, 86% são do género feminino, 27.5% frequentam o 4º ano (média de idades de 23.61 anos), 86.1% são solteiros, 59.1% residem na cidade, 53.8% coabitam com os familiares, 74.4% não possuem atividade remunerada e não recebe bolsa. As variáveis sociodemográficas que interferiram na restrição alimentar foram o género, a idade, o ano que está inscrito, o estado civil e a coabitação. A depressão estabeleceu uma relação direta com a preocupação com a dieta. A idade foi preditora da flutuação de peso e do total da restrição alimentar, sugerindo que quanto mais velhos maior é a preocupação com a flutuação do peso e com a restrição alimentar. As mulheres tendem a preocupar-se mais com questões de dieta e os homens com a flutuação de peso.

Conclusão: A restrição alimentar está presente nos estudantes de enfermagem e carece de intervenção.

Palavras-chave: Estudantes; Enfermagem; Restrição alimentar.

Abstract

Background - The alimentary restraint may be an overt behavior in higher education students as a result inherent in university life.

Objectives - Ensure that the sociodemographic, anthropometric, academic, contextual and psychological variables interfere in the alimentary restraint of nursing students.

Material and Methods - The study is quantitative, cross-sectional, descriptive and correlational. Appealed to the questionnaire of sociodemographic and academic characterization, and Food Restriction Scale (Silva & Urzúa-Morale, 2010); Anxiety Depression and Stress English version of Pais Ribeiro (2004); of Epworth Sleepiness (Santos Ferreira & Moutinho, 2001), and the Eysenck Personality Inventory short version (Silva et al., 1995). The sample is not probabilistic convenience, with 403 nursing students.

Results - Of the 403 students, 86% were female, 27.5% attend the 4th year (mean age of 23.61 years), 86.1% were single, 59.1% live in the city, 53.8% live with their family, 74.4% did not have a paid job and does not receive scholarship. The sociodemographic variables that interfere with food restriction were gender, age, the year that is inscribed, marital status and cohabitation. Depression established a direct relationship with the concern with diet. The age was a predictor of fluctuating weight and total alimentary restraint, suggesting that the older the greater the concern with the fluctuation of weight and alimentary restraint. Women tend to be more concerned with diet issues and men with weight fluctuation.

Conclusion: The alimentary restraint is present in nursing students and needs intervention.

Keywords: Students; Nursing; Alimentary restraint.

Índice

Introdução.....	15
1. Metodologia.....	27
1.1. Métodos	27
1.2. Participantes	30
1.2.1. Caraterização sociodemográfica da amostra e IMC.....	30
1.2.2. Caraterização académica da amostra.....	35
1.3. Instrumentos	37
1.3.1 Questionário sociodemográfico e caracterização académica.....	37
1.3.2. Escala de Restrição Alimentar – ERA.....	37
1.3.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21)	46
1.3.4. Escala de Sonolência de Epworth	51
1.3.5. Inventário de Personalidade de Eysenk.....	53
1.4. Análise dos dados.....	56
2. Resultados.....	61
2.1. Análise descritiva	61
2.1.1. Restrição alimentar.....	61
2.2. Análise inferencial.....	69
3. Discussão	81
3.1. Discussão metodológica	81
3.2. Discussão dos resultados	82
Conclusão.....	87
Referências bibliográficas.....	89
Anexos	95
Anexo I – Instrumento de recolha de dados	
Anexo II - Autorização para a utilização da Escala da Restrição Alimentar	
Anexo III- Parecer da Comissão de Ética	

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade segundo o género	31
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género e IMC	34
Tabela 3 – Estatísticas relativas ao género e IMC.....	35
Tabela 4 - Caracterização académica da amostra em função do género	36
Tabela 5 – Consistência Interna dos itens da Escala da Restrição Alimentar	40
Tabela 6 – Ordenações dos itens por fator e cargas fatoriais	41
Tabela 7 – Consistência interna por fator	42
Tabela 8 - Alfas obtidos no presente estudo e os originais.....	42
Tabela 9 – Correlação de Pearson entre os itens e as subescalas e total da Restrição Alimentar.....	43
Tabela 10 - Matriz de Correlação de Pearson entre as subescalas da Escala da Restrição Alimentar.....	44
Tabela 11 – Índices de qualidade de ajuste.....	45
Tabela 12 – Valores correlacionais e de alfa de cronbach para a EADS-21	48
Tabela 13 – Consistência interna por subescalas da escala de depressão, stresse e ansiedade.....	49
Tabela 14 – Comparação dos valores de alfa de Cronbach para as subescalas de depressão, ansiedade e stresse	50
Tabela 15 – Correlação de Pearson entre os itens e as subescalas depressão, ansiedade e stresse	51
Tabela 16 - Matriz de Correlação de Pearson entre as escalas de depressão, ansiedade e stresse	51
Tabela 17 – Consistência interna dos itens da ESSE	53
Tabela 18 – Correlação dos itens com o fator global.....	53
Tabela 19 – Consistência Interna dos itens da Escala da Personalidade de Eysenck.....	55
Tabela 20 - Alfas de cronbach por subescala da Escala da Personalidade	55
Tabela 21 - Correlação dos itens com as subescalas e escala global da Personalidade.....	56
Tabela 22 - Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas e a personalidade.....	56
Tabela 23 – Estatísticas relativas à frequência da dieta e género	62
Tabela 24 – Estatísticas relativas à maior quantidade de peso perdido num mês e género	62
Tabela 25 – Estatísticas relativas à máxima quantidade de peso ganho numa semana e género	63
Tabela 26 – Estatísticas relativas à variação do peso numa semana normal e género	63

Tabela 27 – Estatísticas relativas à variação de 2.5 Kg poder afetar a forma como vive e género	64
Tabela 28 – Estatísticas relativas ao comer menos quando se encontra acompanhado e género	64
Tabela 29 – Estatísticas relativas ao passar muito tempo a pensar no que comer e género	65
Tabela 30 – Estatísticas relativas a sentir-se culpado por comer em excesso e género	65
Tabela 31 – Estatísticas relativas ao máximo de peso acima do normal e género	66
Tabela 32 – Estatísticas relativas aos grupos de coorte da restrição alimentar	68
Tabela 33 - Relação entre a restrição alimentar e género	70
Tabela 34 - Relação entre a restrição alimentar e idade.....	70
Tabela 35 - Relação entre a restrição alimentar e o estado civil.....	71
Tabela 36 - Relação entre a restrição alimentar e a zona de residência.....	71
Tabela 37 - Relação entre a restrição alimentar e a coabitação	71
Tabela 38 - Relação entre a restrição alimentar e o ano em que está inscrito.....	72
Tabela 39 - Relação entre a restrição alimentar e atividade remunerada	72
Tabela 40 - Relação entre a restrição alimentar e ser bolseiro.....	73
Tabela 41 - Relação entre a restrição alimentar e a forma como se deslocam de casa para a escola.....	73
Tabela 42 - Relação entre a restrição alimentar e o IMC.....	74
Tabela 43 - Relação entre a restrição alimentar e a sonolência diurna.....	74
Tabela 44 - Preocupação com a dieta e variáveis independentes	75
Tabela 45 – Regressão múltipla entre a preocupação com a dieta (total) e as variáveis independentes.....	76
Tabela 46 – Flutuação do peso e variáveis independentes	76
Tabela 47 – Regressão múltipla entre a flutuação do peso (total) e as variáveis independentes.....	77
Tabela 48 – Total da restrição alimentar e variáveis independentes.....	78
Tabela 49 – Regressão múltipla entre a restrição alimentar (total) e as variáveis independentes.....	79

Índice de Figuras e Gráficos

Figura 1 – Esquema de investigação.....	30
Figura 2 - Modelo unifactorial da escala da restrição alimentar	46
Gráfico 1 - Gráfico de variâncias de Scree Plot para a escala de restrição alimentar	41

Introdução

A frequência no ensino superior pode ser causa do aparecimento de perturbações psicossociais nos estudantes, no caso concreto dos estudantes de enfermagem. São vários os problemas que os estudantes enfrentam, nesta fase da sua vida, como o dilema da separação parental e familiar, alteração das redes sociais, limitações nas competências sociais e tomadas de decisão, perturbações emocionais, problemas académicos, dificuldades de relacionamento com professores e colegas, rendimento escolar, ansiedade e stresse em situação de avaliação, entre outros fatores (Tavares, 2012).

Neste âmbito, refere-se que a frequência no ensino superior pode influenciar ou mesmo determinar certos hábitos dos estudantes, destacando-se os alimentares. O estado de identidade possui influência no seu processo de autonomia, envolvimento nas atividades académicas e relações interpessoais e que estilos de identidade mais informais são propensos a maior adaptação ao novo ambiente (Afonso, 2012). De acordo com estes autores, estudos anteriores, realizados nesta área, consideram que fatores pessoais além de influenciarem a adaptação ao meio, também podem influenciar os hábitos alimentares dos estudantes do ensino superior.

Ao entrarem na faculdade, os estudantes obtêm novos relacionamentos, maior raciocínio crítico, procuram a sua identidade pessoal e profissional, tendo, em vários casos, que ajustar estudo e trabalho. Estas mudanças podem refletir-se nos hábitos alimentares de forma que, por exemplo, tenham menor tempo para se alimentar, sintirem-se mais libertos para tomarem as suas próprias decisões em relação ao que comer, quando, onde e com quem comer (Knutson, 2010).

A vivência académica revela, em muitos casos, problemas emocionais nos estudantes de enfermagem, incluindo problemas como a ansiedade, as somatizações e o stresse, com potenciais repercussões na sua alimentação, o que justifica a pertinência do presente estudo, subordinado ao tema “A restrição alimentar em estudantes de enfermagem”, com o qual se objetiva verificar em que medida a personalidade interfere na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem, bem como verificar se o stresse, a depressão, a ansiedade e hábitos de sono podem igualmente interferir na restrição alimentar desta população.

Deste modo, e partindo-se do pressuposto que num relatório desta natureza é necessário um quadro conceptual, que consiste numa breve explicação de um conjunto de

conceitos interligados e reunidos em prol das suas ligações com o problema de investigação, passa-se a abordar os conceitos pertinentes para a compreensão do tema em estudo.

O comportamento alimentar tem bases biológicas e sociais e, associado, a alterações psicossociais, transforma-se num processo ainda mais complexo pelos aspetos psicológicos envolvidos, os quais, muitas vezes, se expressam através de humor depressivo, ansiedade, sentimento de culpa e, também, por mecanismos fisiológicos, como a resistência ao jejum na vigência de dietas restritivas (Bernardil, Cichelerol & Vitolo, 2005). As restrições e as autoimposições das pessoas que fazem dieta parecem ter um efeito de “bola de neve”, resultando, frequentemente, na restrição alimentar, que se pode associar a consequências psicológicas, como a perda da autoestima e mudanças de humor (Bernardil, Cichelerol & Vitolo, 2005).

A ingestão da alimentação saudável relaciona-se com a proximidade parental, colegas, escola e com a percepção de bem-estar pessoal e social (Matos, Carvalhosa & Fonseca, 2001). Neste caso, os mesmos autores referem que, em relação aos hábitos alimentares saudáveis e não saudáveis, o papel da família demonstra ser um contributo importante na exigência de hábitos alimentares saudáveis. Aqui a questão principal levantada é a dos estudantes universitários estarem sujeitos a circunstâncias como a saída do ambiente familiar e, portanto, menos sujeitos a influências da família no tipo de dieta que fazem (Knutson, 2010).

A restrição alimentar consiste numa estratégia comportamental e cognitiva, que as pessoas usam para controlar o peso corporal (McGuire, Jeffery, French & Hannan, 2000). De acordo com os referidos autores, o termo *restrained eating* foi definido como uma tendência para restringir o consumo alimentar conscientemente, objetivando a prevenção do ganho de peso ou a promoção da sua perda. Este comportamento é explicado pela desinibição do controlo cognitivo, uma vez que as pessoas acreditam ter excedido o consumo alimentar permitido com a ingestão de uma refeição. Esta situação pode resultar em episódios de compulsão alimentar, alternados a períodos de restrição alimentar (McGuire et al., 2000).

O regime de inanição e a autoimposição das pessoas que fazem dieta parecem resultar em compulsão alimentar e em manifestações psicológicas, nomeadamente a preocupação com a comida e em comer, o aumento da responsabilidade emocional e as mudanças de humor e distração (Bernardil, Cichelerol & Vitolo, 2005). As suas consequências não são tanto a privação alimentar a longo prazo, mas a privação psicológica causada por evitar determinados alimentos ou por, casualmente, tentar restringir o consumo total energético (Bernardil, Cichelerol & Vitolo, 2005).

Num estudo com estudantes do ensino superior, ficou demonstrado que cerca de 93% de estudantes têm peso normal, tendo em conta os valores do Índice de Massa Corporal (IMC). No entanto, cerca de 63% desses estudantes apresentavam uma percentagem de gordura acima do esperado. No que concerne aos hábitos alimentares, observou-se que 57,3% dos participantes omitiam uma das refeições principais, sendo que 31,7% não tomavam o pequeno-almoço (Borges, Lima-Filho, 2004).

Muitos estudantes revelam ter falta de tempo para cozinhar convenientemente; muitas vezes, as condições habitacionais não são propícias para o fazer; a falta de gosto para cozinhar unicamente para si próprio; o desconhecimento da forma correta de cozinhar; influência do grupo de amigos a que pertencem, para comer determinados alimentos e em determinados locais; falta de tempo para realizar refeições completas por causa das atividades académicas que influenciam na escolha dos alimentos, na substituição de refeições completas por lanches práticos e rápidos, com alto valor calórico; novos comportamentos e relações sociais. Essas transformações têm influência no comportamento alimentar, que pode ser entendido como as formas de convívio com o alimento, com influência de fatores internos, como a autoimagem, as necessidades fisiológicas e as preferências, e fatores externos, mormente os hábitos familiares, amigos, cultura e meios de comunicação social (Souza, Bastos & Oliveira, 2014).

Refere-se um estudo acerca dos hábitos alimentares dos estudantes do ensino superior, com uma amostra de 100 alunos, pertencentes aos cursos de enfermagem e de farmácia, realizado por Martins (2011). Os resultados apurados neste estudo demonstraram que, relativamente à alteração dos hábitos alimentares, aquando da mudança de residência dos estudantes, 39,3% aumentaram o consumo de alimentos calóricos; 21,4% asseveraram terem diminuído o número de refeições. Quanto ao horário das refeições, 14,3% dos sujeitos da amostra referiu que houve uma alteração desse horário; 10,7% dos estudantes afirmam ter perdido peso; 3,6% aumentaram o seu peso normal e 3,5% apresentaram restrição alimentar. No que respeita à alteração dos hábitos alimentares, aquando da inserção num novo grupo, 85,7% dos alunos afirmaram que aumentaram a ingestão de alimentos calóricos; por outro lado, 14,3% disseram que a ingestão de alimentos calóricos diminuiu e 14,3% mencionaram que a qualidade das suas refeições piorou após a vivência desta experiência (Martins, 2011).

Neste contexto alude-se ao conceito de estilo alimentar que remete para a categorização do comportamento alimentar, tido como o resultado da influência de fatores psicológicos e sociais (Feitosa, Dantas, Wartha, et al. 2010). Assim, o comportamento alimentar abarca o ato de ingestão e aspetos qualitativos relacionados com a seleção e decisão de quais os alimentos a consumir; por sua vez, o padrão de ingestão refere-se aos aspetos

quantitativos implícitos na ingestão (Feitosa, Dantas, Wartha et al., 2010). Há três teorias relacionadas com o excesso de ingestão alimentar: a teoria psicossomática, a teoria da externalidade e a teoria da restrição segundo (Rebelo & Leal, 2007).

Um indivíduo poderá realizar uma ingestão excessiva como resposta a emoções negativas (teoria psicossomática); como resposta a fatores externos, como o cheiro e a apresentação da comida (teoria da externalidade); ou poderá ingerir alimentos em excesso depois de um período de restrição alimentar (teoria da restrição alimentar) (Rebelo & Leal, 2007).

A título exemplificativo, existe a classificação dos obesos em cinco grupos: com hábitos alimentares moderadamente saudáveis; com restrição alimentar crônica; com regime de alternância: restrição e ingestão compulsiva; sobrealimentação emocional; hiperalimentação prandial. A teoria psicossomática refere que a hiperfagia do obeso é um sintoma determinado por causas psicológicas e emocionais inconscientes, sendo a obesidade uma expressão física de um desajustamento emocional subjacente, bem como de problemas psicológicos preexistentes e não resolvidos que conceptualizariam os obesos como neuróticos e detentores de uma fixação oral. Assim, a hiperfagia estaria relacionada com conflitos neuróticos, desejos orais insatisfeitos e perturbações emocionais (Rebelo & Leal, 2007).

A Teoria da Restrição Alimentar foi desenvolvida para avaliar as causas e consequências das dietas, demonstrando que as pessoas que fazem dieta manifestam uma ingestão exagerada ou insuficiente dos alimentos (Ogden, 2004), isto é, a maior sensibilidade a normas de peso corporal resulta num padrão alimentar que oscila entre a dieta rigorosa (comer com restrição) e a ingestão excessiva (comer sem restrição), consistindo a sensibilidade externa a consequência da restrição alimentar (Straub, 2005).

O conceito de restrição alimentar assenta no pressuposto de que a dieta é um fator determinante na regulação da ingestão. Subjacente ao conceito de restrição está um padrão alimentar caracterizado por ciclos de dieta e de restrição intercalados por ciclos de desinibição. Como efeitos desinibidores da restrição, existem fatores emocionais e fatores cognitivos. Os indivíduos restritivos comem mais quando ansiosos ou deprimidos, enquanto os indivíduos não restritivos, em idêntica condição, propendem a comer menos (Rebelo & Leal, 2007).

Num estudo realizado com estudantes de enfermagem, ficou demonstrado que a grande maioria compreende o conceito de qualidade de vida englobando a boa alimentação, a realização profissional, o lazer, o exercício físico, amigos, família e sono, bem como a percebem como bem-estar psicológico, social, físico, espiritual e ter lazer (Alves, 2010). Os es-

tudantes de enfermagem necessitam de ser conscientizados sobre a importância do “cuidar de si” através do incentivo ao exercício físico e de uma correta alimentação (Alves, 2010).

No estudo que incidiu sobre a personalidade e a restrição alimentar, encontram-se ligeiros desvios nas variáveis de personalidade neuroticismo, ansiedade social, egoísmo e auto-estima, consideradas como sendo resultado da condição de restrição alimentar, estando igualmente implícitos outros fatores, tais como: a ansiedade e o stresse nos participantes do estudo (Larsen, Geenen, Maas et al., 2004). Todavia, num outro estudo efetuado com estudantes obesas, um IMC elevado encontra-se associado a um aumento do neuroticismo e a uma diminuição da extroversão (Faith, Flint, Fairburn, Goodwin & Allison, 2001).

Neste contexto também a personalidade parece ter influência na restrição alimentar. Como tal, importa referir que quando se aborda um conceito tão vasto como é o da personalidade, tem de se ter em consideração que se está a abordar uma problemática complexa, na medida em que é um conceito que pode envolver todos os aspetos da vida humana (Tavares, 2012). A diversidade de posturas, de conceções e de definições indica uma riqueza conceptual muito vasta. É por isso que, de acordo com o posicionamento teórico de cada autor, a visão e a definição do conceito de personalidade atende à intencionalidade e ao posicionamento individual de cada um. No entanto, em traços gerais, o termo personalidade expressa a totalidade de um ser, tal como aparece perante os outros e perante si mesmo na sua unidade, singularidade e continuidade (Tavares, 2012). O mesmo autor acrescenta que esta totalidade da identidade integra, igualmente, aspirações e ambições, capacidades afetivas e potencialidade de devir, bem como o conjunto de perceções de cada um.

A personalidade refere-se a um conjunto de fatores internos mais ou menos estáveis que fazem com que o comportamento do indivíduo seja consistente ao longo do tempo e seja diferente do comportamento de outros indivíduos em situação análoga (Pasquali, 2013). O mesmo autor citado refere que a personalidade começou a ser cientificamente estudada no início do século XX, como um conjunto de ações observáveis, gestos, estados e expressões não verbais, motivações privadas, desejos, crenças, atitudes, sonhos, estilos de organização da informação e estilos de experienciar emoções, que definem a individualidade única de cada indivíduo numa determinada altura (Pasquali, 2013).

É grande a variedade de definições do conceito de personalidade, sem que haja uma definição universalmente aceite, ainda que exista unanimidade em considerar a personalidade como algo estável, único e específico que caracteriza e possibilita distinguir o indivíduo, conferindo-lhe individualidade (Pasquali, 2013). Para o senso comum, o termo personalidade significa muitas vezes honestidade, força de vontade e retidão, características que despertam empatia nos outros. Para Allport (1961, cit. por Pasquali, 2013), a personalidade

era a organização dinâmica interindividual dos sistemas psicofísicos que ocasionam as adaptações únicas da pessoa ao meio, não sendo, todavia, sinónimo de comportamento, mas algo subjacente aos atos específicos do próprio indivíduo.

A personalidade de um indivíduo pode ser definida como as causas subjacentes do comportamento e da experiência individual. Estando igualmente associada ao temperamento, abrangendo aspetos como a emocionalidade, a sociabilidade, a reatividade, a energia e a interação com o meio envolvente (Figueiró, Souza, Martins et al., 2010).

Na opinião de Pinto (2009, p. 273), a personalidade refere-se “ao padrão de comportamentos, modos de pensar ou de sentir que permite distinguir uma pessoa da outra e que apresenta uma certa estabilidade ao longo do tempo”. Pasquali (2013) refere-se à personalidade como temperamento, que envolve aspetos como a emocionalidade, a sociabilidade, a reatividade, a energia e a interação com o meio ambiente. Partindo da análise que este autor faz pode perceber-se que a personalidade não se resume a uma característica, mas sim a várias, justificando, deste modo, as várias teorias da personalidade. Assim, quando se depara com a mensuração de traços de personalidade, também se verifica várias opiniões acerca desta temática. Todavia, antes de se canalizar a atenção nesta perspetiva, é necessário mencionar que a personalidade, independentemente da teoria, é avaliada a partir das diferenças individuais, resultando na sua categorização em tipos ou traços.

Conforme McCrae e Allik (2002), cada dimensão da personalidade segundo os fatores da personalidade, subdividem-se em seis aspetos: a) *Neuroticismo versus estabilidade emocional* (ansiedade, hostilidade, depressão, autoconsciência, impulsividade, e vulnerabilidade ao stresse); b) *Extroversão* (acolhimento, assertividade, atividade, procura de sensações e emoções positivas); c) *Abertura à experiência* (fantasia, estética, sentimentos, ações, ideias e valores); d) *Amabilidade* (confiança, franqueza, altruísmo, aquiescência, modéstia e sensibilidade); e) *Conscienciosidade* (competência, ordem, senso de dever, autodisciplina e deliberação).

Tendo em conta que outro conceito chave deste trabalho é o stresse, passa-se a aludir ao mesmo. Um indivíduo sente-se em stresse quando considera que não tem aptidões e recursos (pessoais ou sociais) para superar o grau de exigência que dada circunstância lhe estabelece e que é considerada importante para si (Sacadura-Leite & Uva, 2010).

O stresse tem cada vez mais influência na qualidade de vida dos pessoas, daí que se considera de extrema importância fazer uma abordagem a este tema, dado existirem estudos que confirmam a relação entre o stresse e a frequência do ensino superior.

Outros autores consideram o stresse como um desequilíbrio psicológico. Sugerem que qualquer diferença perceptível entre as exigências a que um indivíduo se sente submeti-

do e os recursos que nesse momento sente, disponíveis para satisfazer essa exigência, resulta em stresse (Vaz Serra, 2007). Deste modo, o indivíduo sente que não tem controlo sobre essa circunstância e passa a sentir-se vulnerável em relação a ela.

Atendendo à população implícita na presente investigação, refere-se que o ensino superior conduz a uma diversidade de novas experiências e aquisições, que comportam emoções marcantes e distintas nos estudantes, implicando, *grosso modo*, enormes transformações, pelo que pode ser vivenciada como stressante (Veríssimo, Costa, Gonçalves & Araújo, 2011). No contexto do ensino superior, os estudantes estão expostos a numerosas situações desencadeadoras de stresse, como as avaliações, novas exigências pessoais e sociais, deste a entrada e posterior adaptação à nova fase académica.

As situações que os estudantes de enfermagem consideram potencialmente mais stressantes situam-se no âmbito da aprendizagem e da prática desenvolvida em ensino clínico, segundo revela um estudo divulgado por Lourenço (2013), que envolveu 1085 estudantes de licenciatura da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Foi possível constatar que os estudantes do 1º ao 4º ano do curso expressam valores elevados de stresse e de ansiedade, resultantes da falta de competências para executar procedimentos e pelos riscos e medos provenientes das situações de aprendizagem nos serviços de saúde (Lourenço, 2013). Os estudantes referem-se ao receio de não terem as competências totais que exigem as situações complexas que enfrentam, competências técnicas, mas principalmente relacionais, como o medo de comunicar com o doente pela primeira vez, ou até de falar com os familiares dos doentes. O mesmo autor salienta que as notas do ano/semestre, o ano de frequência do curso e a participação em atividades extracurriculares têm influência nos níveis de stresse e de ansiedade dos estudantes de enfermagem (Lourenço, 2013).

Os estudantes com melhor aproveitamento escolar são os que manifestam maiores níveis de stresse, o que poderá sugerir que, à medida que avançam na escolaridade, vão tomando mais consciência da complexidade e da exigência das situações clínicas. Outro dado interessante refere-se à diminuição dos níveis de ansiedade ao longo do percurso académico, indicando um melhor controlo pessoal e emocional. Também os estudantes que participam em atividades extracurriculares manifestam menores níveis de stresse, bem como mais e melhores estratégias de *coping* (Lourenço, 2013).

Neste âmbito, considera-se que a identificação e a avaliação das situações indutoras de stresse e de ansiedade nos estudantes de enfermagem durante os ensinamentos clínicos e a compreensão dos mecanismos de *coping* utilizados durante os referidos ensinamentos devem contribuir para a implementação de ações e programas de orientação pedagógica, quer a nível dos docentes, quer dos orientadores/supervisores responsáveis pelos ensinamentos clínicos e pelas aprendizagens dos estudantes (Lourenço, 2013),

Através de um estudo, Custódio, Pereira e Seco (2009) verificaram que as estudantes do género feminino, em geral, tendem a ser mais afetadas pelo stresse do que os homens, resultando, inclusive, em alterações comportamentais, com repercussões na sua alimentação.

Um outro conceito inerente a este trabalho refere-se aos hábitos de sono, cuja diminuição do tempo de sono se tem tornado uma condição endémica na sociedade moderna, mais especificamente nos estudantes universitários. Várias investigações têm encontrado importantes associações epidemiológicas entre o prejuízo no padrão habitual do sono e as oscilações do peso, sobretudo no que se refere à obesidade (Crispim, Zalcmán, Dáttilo, Padilha, Tufik & Mello, 2009).

O sistema fisiológico que regula a massa corporal abarca componentes centrais e periféricos, que interagem com os aspetos ambientais, como a disponibilidade e a composição da dieta e o exercício físico, influenciando, deste modo, a massa corporal. Embora a genética desempenhe um papel relevante na determinação da massa corporal, a restrição alimentar parece estar relacionada com as mudanças operadas ao longo da vida (Crispim et al., 2009).

O sono é essencial para a vida e é a base de muitas funções fisiológicas e psicológicas do organismo, tais como a reparação de tecidos, o crescimento, a consolidação da memória e a aprendizagem (Henriques, 2008). Reconhece-se, cada vez mais, a importância do sono como agente restaurador e homeostático, com nítida influência sobre o estado vígil do indivíduo. Sabe-se que os transtornos do sono acarretam variadas repercussões para os seres humanos, provocando a perda de qualidade de vida, a disfunção autonómica, a diminuição do desempenho profissional ou académico, aumento na incidência de transtornos psiquiátricos e diminuição da vigília, alterações na massa corporal, entre outros (Henriques, 2008).

Os estudantes de enfermagem enfrentam diferentes fatores causadores de stresse ao longo da vida universitária, abarcando os que estimulam o desenvolvimento e o amadurecimento profissional e os que ameaçam o seu bem-estar, a saúde e a sua qualidade de vida (Benavente, Silva, Higashi, Guido & Costa, 2014).

Neste âmbito, e tal como já referido anteriormente, a literatura tem identificado diferentes situações concernentes ao âmbito académico, clínico, interpessoal, financeiro e pessoal que são percebidas como stressoras, com influência nos hábitos de sono dos estudantes. Ao nível académico, são referidos como fatores de stresse a realização de provas, a sobrecarga de trabalhos, a entrega de relatórios, o excesso de responsabilidade e ensinos clínicos. Adicionado a isto, sobressaem as características sociodemográficas dos estudan-

tes, nomeadamente: o sexo, a idade, a situação conjugal, a presença de filhos e os meios de transporte, tidas como fatores que podem levar à ocorrência do stresse e, por consequência, influenciar a higiene do sono (Benavente et al., 2014).

Acerca da relação entre o stresse e o sono, com repercussão também nos hábitos alimentares, numa pesquisa realizada com estudantes de enfermagem, foi verificada uma correlação significativa entre o stresse na prática clínica e a qualidade de sono. A duração do sono dos estudantes foi, em média, de 5 horas por dia, com presença de má qualidade de sono e sonolência diurna por 80,9% dos participantes (Huang, Yang, Ho, & Hwu, 2011).

A redução do tempo de dormir é uma realidade entre os estudantes do ensino superior, apresentando uma redução de sono inferior a 7 horas por noite, facto que tem aumentado de 15,6% para 37,1% (Benavente et al., 2014). Vários estudos epidemiológicos recentes correlacionam a curta duração do tempo de sono com o aumento do IMC em diferentes populações. A duração do sono menor que 6 horas é associada a um IMC elevado e, sobretudo, à obesidade. Baseado nesta hipótese, realizou-se um estudo prospetivo de coorte com 496 estudantes do ensino superior, com idades compreendidas entre os 19 e os 34 anos. Esse estudo mostrou uma associação negativa entre a duração do sono e o IMC na população avaliada, tendo essas associações persistido após o controlo de potenciais variáveis de confusão, como a história familiar, problemas de massa corporal, níveis de atividade física e variáveis sociodemográficas, como o género, a idade, entre outras (Crispim et al., 2009).

Num estudo, que envolveu alunos de enfermagem, ficou demonstrado que os estudantes dormiam em média 6.7 horas durante a semana e 8 durante o fim-de-semana, devido à excessiva carga académica, horários académicos a começar demasiado cedo, ou a acabar demasiado tarde, testes e exames a horas mais matutinas, realização de ensinamentos clínicos, com horários por turno, piores hábitos alimentares, mais consumo de café durante o dia e menor prática de desporto (Henriques, 2008).

De acordo com os resultados obtidos de uma investigação, constatou-se que 14% dos estudantes do ensino superior, onde constavam alunos de enfermagem, de medicina e de nutrição, apresentaram boa qualidade do sono, enquanto 71% apresentaram uma má qualidade de sono. Um fator que influencia diretamente a qualidade do sono é a higiene do sono, que objetiva facilitar um sono reparador e suficiente, referindo-se essencialmente ao impacte da dieta, além de exercícios físicos, rotina académica e consumo de algumas substâncias, como a cafeína, a nicotina e o álcool, sobretudo, perto da hora de deitar (Cellini & Rossi, 2011).

Uma pesquisa, realizada com 38 alunos do curso de enfermagem, demonstrou que a maioria dos estudantes referiu sentir sonolência sobretudo devido aos turnos dos ensinamentos

clínicos, conjugados com as aulas na faculdade. Mencionaram também que a sonolência interfere no seu rendimento escolar, aumentando os níveis de stresse, com influência na redução de apetite, o que se deve à privação de sono. Ou seja, admitiram que a privação do sono afeta a sua vida emocional, física e social (Araújo, Frazili & Almeida, 2011). Ficou igualmente demonstrado que os estudantes possuem um estilo de vida menos saudável, apresentando uma queixa maior em relação à sonolência, sobretudo, os que são estudantes trabalhadores. A má alimentação revela também uma das dificuldades relatadas pelos estudantes em relação ao sono (Araújo, Frazili & Almeida, 2011). Ao nível individual existem fatores comportamentais que poderão ser controlados de modo a promover a higiene do sono. A adoção de uma dieta e de padrões de alimentação adequados contribuem para a higiene do sono (Araújo, Frazili & Almeida, 2011).

Decorrente do quadro concetual apresentado, formularam-se as seguintes questões de investigação, fio condutor do presente estudo:

- Que variáveis sociodemográficas interferem na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem?
- Que variáveis académicas têm efeito significativo na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem?
- Qual o efeito da variável antropométrica na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem?
- Qual relação da sonolência diurna na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem?
- Qual a relação das variáveis psicológicas na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem?

Ao conjunto de interrogações formuladas, fez-se corresponder um conjunto de objetivos:

- Verificar quais as variáveis sociodemográficas que interferem na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem;
- Averiguar as variáveis académicas que têm efeito significativo na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem;
- Averiguar se a variável antropométrica tem efeito significativo na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem;
- Verificar a relação da sonolência diurna na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem;

-
- Verificar a relação das variáveis psicológicas na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem.

Na fase concetual deste trabalho abordam-se os conceitos tidos como relevantes para a compreensão do tema em estudo, nomeadamente: a restrição alimentar, o stresse, a ansiedade, a depressão, a personalidade e o sono em estudantes de enfermagem. No estudo empírico, faz-se a apresentação do enquadramento da problemática, as questões de investigação e os objectivos. É descrito o esquema da investigação, os métodos de seleção e caracterização da amostra, bem como os instrumentos utilizados e os procedimentos de recolha e análise de dados. Seguem-se os resultados e a sua discussão. Por fim, as principais conclusões, limitações e sugestões para investigações futuras.

1. Metodologia

Neste capítulo, descreve-se a forma e os meios utilizados no decorrer do estudo, procurando responder às questões de investigação. Apresenta-se de seguida a conceitualização do estudo, as questões de investigação e respetivos objetivos, os participantes, os instrumentos, os procedimentos utilizados e, por fim, a análise dos dados.

1.1. Métodos

A entrada para a universidade representa um período de maior responsabilidade relativamente à habitação, à gestão das finanças e, em particular, às escolhas alimentares e às práticas de estilos de vida saudáveis (Papadaki, Hondros, Scott & Kapsokefalou, 2007). A falta de tempo e de vontade, um estilo de vida stressante e situações próprias do meio académico, a socialização entre pares e o fácil acesso a alimentos pré-confeccionados e à comida *fast-food*, são alguns aspetos que influenciam os comportamentos alimentares dos estudantes do ensino superior (Papadaki et al., 2007). Os mesmos autores salientam que a entrada para o ensino superior está associada a uma maior independência da família, o que leva os estudantes a fazer as suas próprias escolhas alimentares, a definir os seus horários de refeição, a selecionar e a preparar os alimentos.

O comportamento alimentar refere-se a aspetos quantitativos e qualitativos relacionados com a seleção e consumo de alimentos e o estilo alimentar consiste no padrão de comportamentos alimentares (Poinhos, Oliveira & Correia, 2013).

A restrição alimentar é um importante fator de risco para os estudantes do ensino superior, tendo subjacentes outros fatores de risco, o que lhe confere uma natureza multifatorial (Papadaki et al., 2007). Assim, com o objetivo de se aprofundarem alguns dos aspetos implicados nesta multifatorialidade, importa abordar a relação entre a personalidade e o comportamento alimentar dos estudantes de enfermagem, atendendo-se ao facto de que alguns estudos sugerem que a personalidade poderá mediar alguns dos fatores de risco dos estudantes do ensino superior.

Refere-se, neste âmbito, um estudo com 280 estudantes do ensino superior (63,2% do sexo feminino) com idades entre os 18 e os 27 anos, onde se analisaram diversas dimensões do comportamento alimentar (ingestão emocional e externa, restrição flexível e rígida, ingestão compulsiva e autoeficácia alimentar (Poinhos, Oliveira & Correia, 2013). Os

investigadores verificaram que as raparigas apresentavam níveis superiores de ingestão emocional e restrição, e inferiores de autoeficácia alimentar. Os rapazes tinham IMC atual, desejado e máximo mais elevados. A análise de clusters revelou três estilos alimentares em ambas as subamostras (feminina e masculina): “Ingestão excessiva” (elevada ingestão emocional, externa e compulsiva), “Elevada autoeficácia” e “Elevada restrição” (controlo flexível e rígido). As estudantes com elevada autoeficácia apresentavam valores de IMC inferiores às restantes e as restritivas tinham maior IMC perdido. Os estudantes do género masculino com elevada autoeficácia apresentavam menor IMC desejado do que os com ingestão excessiva e valores inferiores de IMC máximo. Mulheres e homens com níveis elevados de restrição diferem em aspetos importantes do comportamento alimentar, o que pode estar na origem das diferenças nas associações com o IMC. A autoeficácia alimentar parece uma variável central a influenciar as relações entre outras dimensões do comportamento alimentar e o IMC.

Mediante o exposto, formulam-se as questões de investigação:

- Que variáveis sociodemográficas interferem na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem?
- Que variáveis académicas têm efeito significativo na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem?
- Qual o efeito da variável antropométrica na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem?
- Qual relação da sonolência diurna na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem?
- Qual a relação das variáveis psicológicas na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem?

Ao conjunto de interrogações formuladas no âmbito desta pesquisa, procurámos analisar a relação existente entre as diferentes variáveis consideradas pertinentes para o nosso estudo sobre os determinantes da personalidade nos comportamentos de risco dos estudantes de enfermagem. Neste sentido, traçou-se um conjunto de objectivos:

- Verificar quais as variáveis sociodemográficas que interferem na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem;
- Averiguar as variáveis académicas que têm efeito significativo na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem;
- Averiguar se a variável antropométrica tem efeito significativo na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem;

-
- Verificar a relação da sonolência diurna na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem;
 - Verificar a relação das variáveis psicológicas na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem.

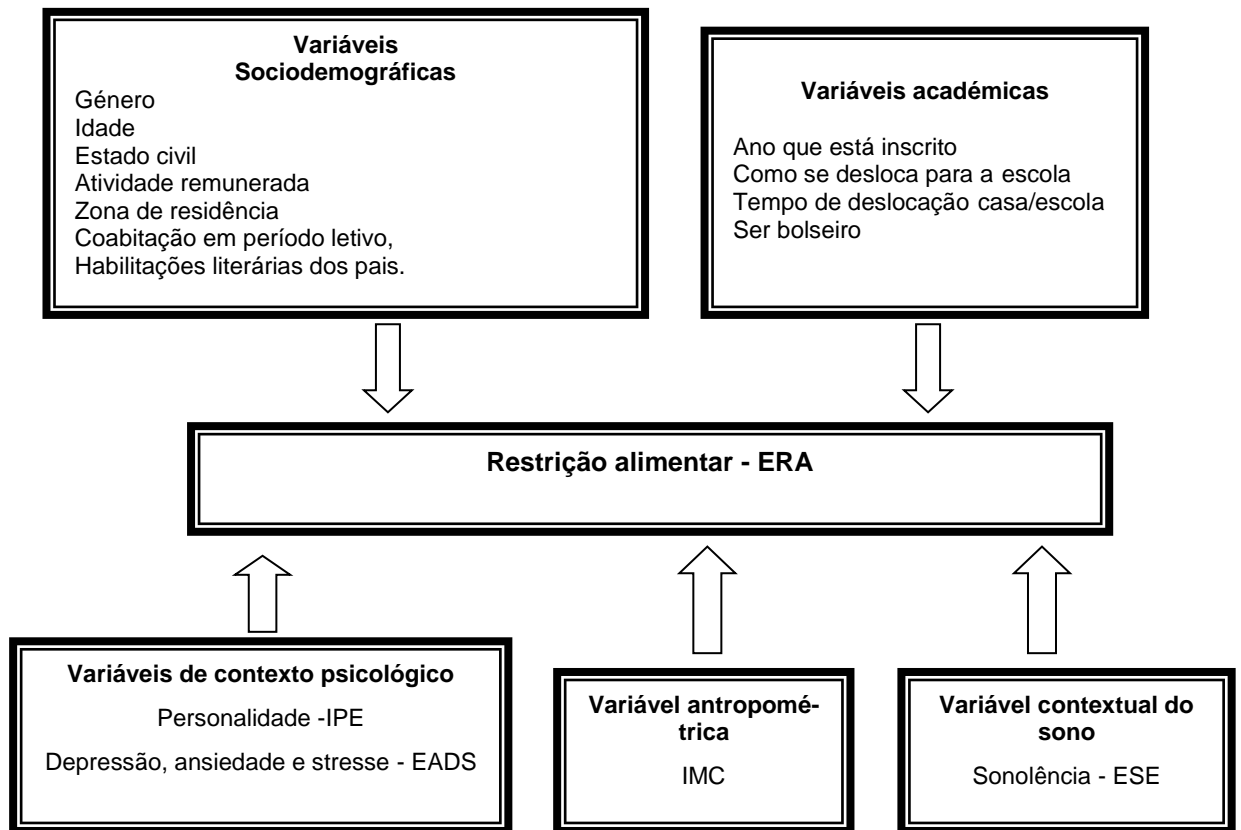
O estudo realizado enquadra-se num “survey” quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, na medida em que este tipo de estudo garante uma grande variedade de estudos descritivos (Babbi, 1997, cit. por Coutinho, 2011). A mesma autora menciona que os estudos “survey” devem seguir regras que possibilitem aceder de forma científica ao que os inquiridos opinam. De um modo geral, o estudo “survey” “visa analisar a incidência, distribuição e relações entre variáveis que são estudadas tal qual existem, em contexto natural, sem manipulação, sendo quase sempre classificados em função desses três objetivos básicos: descrever, explicar ou ainda explorar” (Coutinho, 2011, p. 277).

Quanto ao “survey” descritivo, procura-se descobrir a incidência e a distribuição de determinados traços ou atributos de uma determinada população, sem que o investigador os procure explicar. Assim, o presente estudo pode ser caracterizado de “survey” descritivo, na medida em que se estuda a distribuição do traço (variável) numa amostra representativa dos estudantes de enfermagem (sample), para que se possa da mesma inferir para a descrição na população de que a amostra foi extraída (Coutinho, 2011).

Trata-se igualmente de um “survey” explicativo, porquanto se procurou determinar a relação entre variáveis (Coutinho, 2011). É analogamente um “survey” exploratório, pois pretende fornecer-se pistas para estudos futuros (Coutinho, 2011). Assume-se também como um “survey” transversal, porquanto os dados foram recolhidos num só momento no tempo numa amostra representativa da população de estudantes de enfermagem, seja para descrever, seja para detetar possíveis relações entre as variáveis (Coutinho, 2011).

Partindo-se das questões de investigação e dos objetivos formulados anteriormente, sustentados com a revisão da literatura, elaborou-se o seguinte esquema de investigação, que procura de uma forma pictográfica estabelecer as relações entre as variáveis em estudo (cf. Figura 1).

Figura 1 – Esquema de investigação



1.2. Participantes

Optámos por uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 403 estudantes de enfermagem de ambos os sexos distribuídos por diferentes grupos etários. As amostras probabilísticas garantem que todas as unidades de investigação da população têm a mesma probabilidade de integrar o estudo. Utilizando-se uma amostra probabilística é possível calcular o erro de amostragem, o que não acontece com as amostras não probabilísticas (Fortin, 2009).

1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra e IMC

De seguida faz-se a caracterização sociodemográfica da amostra, tendo em conta: a idade, o género, o estado civil, local de residência, coabitação, habilitações literárias dos pais, número de irmãos, atividade remunerada e IMC.

Idade

As estatísticas relativas à idade revelam que os estudantes apresentam uma idade mínima de 18 anos e uma máxima de 54 anos, ao que corresponde uma idade média de 23.61 anos, com um desvio padrão de 6.681 anos.

Para o género masculino, que representa 14% da totalidade da amostra, a idade mínima é de 18 anos e a máxima de 47. Também para o feminino, com uma representatividade de 86%, a idade mínima é 18 anos e a máxima 54 anos.

Os homens são, em média, mais velhos ($M=25.09$ anos ± 7.136 dp) que as mulheres ($M=23.37$ anos ± 6.584 dp), sendo as diferenças entre os dois grupos estatisticamente significativas ($p=.000$). O teste de Kolmogorod-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas leptocúrticas e enviesadas à esquerda para os dois géneros e para a totalidade da amostra. Já os coeficientes de variação indicam uma dispersão média e/ou moderada face às idades médias encontradas (cf. tabela 1).

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade segundo o género

Género	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	56	18	47	25.09	7.136	27.55	4.80	2.69	.000
Feminino	347	18	54	23.37	6.584	28,17	17.96	21.21	.000
Total	403	18	54	23.61	6.681	28,29	18.04	19.32	.000

Grupos etários

Dos resultados que se apresentam na Tabela 2 verifica-se que dos 403 estudantes que participaram no estudo, 40.1% das mulheres situam-se na faixa etária dos ≤ 20 anos, enquanto no grupo de estudantes do género masculino predominam 50% dos que têm ≥ 23 anos. É de realçar que 30.8% das participantes do género feminino possuem idade entre os 21-22 anos, sendo esta a faixa etária onde se registou o valor percentual mais baixo nos estudantes do género masculino (21.4%). A diferença encontrada entre o género e a idade dos participantes é estaticamente significativa com um $X^2=9.675$ ($p=0.008$).

Estado civil

Faz-se igualmente referência na Tabela 2 ao estado civil dos participantes do estudo, dos quais prevalecem, quer para o género feminino (86.7%), quer para o género masculino

(82.1%), os solteiros, seguindo-se, em ambos os grupos, os participantes casados (feminino 8.9%; masculino 14.3%).

Local de residência

Na Tabela 2 também constam os resultados relativos ao local de residência, estando em superioridade, quer para os estudantes do género feminino (60.2%), quer para os do género masculino (51.8%), os participantes que residem na cidade, sendo os valores percentuais mais baixos os dos participantes que residem na vila (feminino 15.3%; masculino 16.1%).

Coabitação

Questionados os estudantes sobre com quem habitam, prevalecem os estudantes que coabitam com os familiares, dos quais 52.4% são estudantes do género feminino e 62.5% são do género masculino. Realça-se que 43.8% das mulheres e 30.4% dos homens vivem com os amigos/residência, sendo as percentagens menos elevadas as dos participantes que vivem sozinhos, sendo que destes 3.7% são mulheres e 7.1% são homens (cf. Tabela 2).

Habilitações literárias do pai

Quanto à situação académica, prevalecem os pais dos participantes possuem habilitações literárias até ao 9º ano de escolaridade, representando o pai das estudantes do género feminino 64.0% e dos participantes do género masculino 66.1%. Segue-se, em termos de representatividade, os pais com o ensino secundário, correspondendo 28.0% aos participantes do género feminino e 16.1% aos do género masculino. A diferença encontrada entre o género e as habilitações literárias dos pais dos participantes é estaticamente significativa com um $X^2=7.520$ ($p=0.023$) (cf. Tabela 2).

Habilitações literárias da mãe

No que respeita às habilitações literárias das mães dos estudantes de enfermagem, sobressaem as que possuem até ao 9º ano de escolaridade, sendo 53.3% do grupo de participantes do género feminino e 51.8% dos estudantes do género masculino. São também significativos os valores percentuais apurados em relação às mães que possuem o ensino secundário, correspondendo 27.1% às mães das participantes e 30.4% às mães dos participantes (cf. Tabela 2).

Número de irmãos

No que se refere ao número de irmãos, verificou-se que quer os estudantes do género feminino (64.0%), quer os do género masculino (60.7%), têm 1 irmão. No grupo das estudantes, também é significativo o valor percentual (23.3%) das que referiram possuir 2 ou mais irmãos, contrariamente aos estudantes do género masculino, pois foi onde se obteve um valor percentual mais baixo (17.9%), atendendo que sobressaem os 21.4% dos que não têm irmãos (cf. Tabela 2).

Atividade remunerada

Na Tabela 2 constam também os resultados relativos à atividade remunerada, de onde se constata que grande parte dos participantes não a tem, nomeadamente 76.7% dos estudantes do género feminino e 60.7% dos do género masculino. Apenas 23.3% das mulheres tem atividade remunerada e 39.3% dos homens participantes. A diferença encontrada entre o género e o facto de os participantes terem atividade remunerada é estaticamente significativa com um $X^2=6.442$ ($p=0.011$) (cf. Tabela 2).

IMC

No que se refere aos valores do IMC em conformidade com o género (cf. Tabela 2), pode dizer-se que sobressaem os 74.6% das mulheres e 64.3% dos homens com peso normal, seguindo-se, em termos de valores percentuais, 15.6% de mulheres e 21.4% de homens com pré-obesidade. É importante referir que 3.5% de mulheres e 10.7% de homens apresentam obesidade.

Por uma questão de análise e interpretação destes resultados deve ter-se em consideração as estatísticas incertas na Tabela 3, porquanto é a partir delas que se obtêm os valores consignados na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género

Variáveis	Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
		Nº (347)	% (86.0)	Nº (56)	% (14.0)	Nº (403)	% (100.0)	Fem.	Masc.
Grupo etário									
≤ 20		139	40.1	16	28.6	155	38.5	1.6	-1.6
21-22		107	30.8	12	21.4	119	29.5	1.4	-1.4
≥ 23		101	29.1	28	50.0	129	32.0	-3.1	3.1
Estado civil									
Solteiro		301	86.7	46	82.1	347	86.1	.9	-.9
Casado		31	8.9	8	14.3	39	9.7	-1.3	1.3
Divorciado		9	2.6	1	1.8	10	2.5	.4	-.4
União de facto		6	1.7	1	1.8	7	1.7	.0	.0
Local de residência									
Aldeia		85	24.5	18	32.1	103	25.6	-1.2	1.2
Vila		53	15.3	9	16.1	62	15.4	-.2	-.2
Cidade		209	60.2	29	51.8	238	59.1	1.2	-1.2
Coabitação									
Sozinho		13	3.7	4	7.1	17	4.2	-1.2	1.2
Amigos/Residência		152	43.8	17	30.4	169	41.9	1.9	-1.9
Familiares		182	52.4	35	62.5	217	53.8	-1.4	1.4
Habilitações literárias do pai									
Até ao 9.º ano		222	64.4	37	66.1	259	64.3	-.3	.3
10.º-12.º ano		97	28.0	9	16.1	106	26.3	1.9	-1.9
Ensino superior		28	8.1	10	17.9	38	9.4	-2.3	2.3
Habilitações literárias da mãe									
Até ao 9.º ano		192	53.3	29	51.8	221	54.8	.5	-.5
10.º-12.º ano		94	27.1	17	30.4	111	27.5	-.5	-.5
Ensino superior		61	17.6	10	17.9	71	17.6	-.1	.1
Número de irmãos									
Sem irmãos		44	12.7	12	21.4	56	13.9	-1.8	1.8
1 irmão		222	64.0	34	60.7	256	63.5	.5	-.5
2 ou mais irmãos		81	23.3	10	17.9	91	22.6	.9	-.9
Atividade remunerada									
Não		266	76.7	34	60.7	300	74.4	2.5	-2.5
Sim		81	23.3	22	39.3	103	25.6	-2.5	2.5
IMC									
Baixo peso		22	6.3	2	3.6	24	6.0	1.6	-1.6
Peso normal		259	74.6	36	64.3	295	73.2	-1.1	1.1
Pré-obesidade		54	15.6	12	21.4	66	16.4	-2.4	2.4
Obesidade		12	3.5	6	10.7	18	4.5	.8	-.8

Estatísticas do IMC

As estatísticas relativas ao IMC dos estudantes do género masculino revelam um índice mínimo é de 18.29 e um máximo de 37.13, com uma média de 24.32 ± 4.039 dp, enquanto para os estudantes do género feminino o mínimo é 16.90 e um máximo de 38.77, com a média de 22.65 ± 3.398 dp. As diferenças entre os dois grupos são estatisticamente significativas conforme resultado do teste de Kolmogorod-Smirnov (K/S), que não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas leptocúrticas e enviesadas à esquerda para os dois géneros e para a totalidade da amostra. Já os coeficientes de variação indiciam uma dispersão média e/ou moderada face aos valores do IMC encontrados (cf. tabela 3).

Tabela 3 – Estatísticas relativas ao género e IMC

IMC \ Género	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	56	18.29	37.13	24.32	4.039	16.60	3.22	1.41	.009
Feminino	347	16.90	38.77	22.65	3.398	15.00	9.72	9.36	.000
Total	403	16.90	38.77	22.88	3.536	15.45	10.20	8.72	.000

1.2.2. Caracterização académica da amostra

Na Tabela 4 encontram-se os resultados concernentes às variáveis académicas, nomeadamente ano que está inscrito, como se deslocam os estudantes para a escola, tempo de deslocação de casa para a escola e se é estudante bolsheiro.

Ano que está inscrito

Verificou-se que, no grupo de estudantes do género feminino, os valores percentuais mais elevados são os 27.4% das que frequentam o 4º ano e 23.3% que frequentam o 3º ano. Com idêntica percentagem, cerca de 18%, frequentam os 1º e 2º anos, sendo menos significativos os 14.7% que frequentam a pós-graduação/mestrado.

No que se refere aos estudantes do género masculino, 32.1% frequentam o 4º ano, seguindo-se, em termos de representatividade, os estudantes que se encontram no 3º ano (23.2%). Verificou-se também que 17.9% dos estudantes do género masculino estão na pós-graduação/mestrado, 16.1% no 2º ano e 10.7% no 1º ano (cf. Tabela 4).

Forma e tempo de deslocação para a escola

Na generalidade, quer os estudantes do género feminino (63.4%), quer os do género masculino (71.4%), deslocam-se para a escola num veículo motorizado, contrariamente a 36.6% das mulheres e 28.6% dos homens que o fazem a pé (cf. Tabela 4).

Quanto ao tempo de deslocação entre casa e escola, no grupo dos participantes do género feminino, 41.5% demora ≤ 10 minutos a deslocar-se de casa à escola, enquanto 37.5% dos participantes do género masculino demora ≥ 21 minutos, tal como 32.2% das mulheres. O valor percentual mais baixo, relativamente à amostra de estudantes do género feminino, corresponde a 26.5% das que demoram entre 11-20 minutos a descolar-se de casa à escola, sendo igual para 30.4% dos participantes do género masculino. Ainda, neste grupo, o valor percentual menos significativo corresponde a 32.1% dos homens que demoram ≤ 10 minutos a deslocar-se de casa à escola (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização acadêmica da amostra em função do gênero

Variáveis	Gênero	Feminino		Masculino		Total		Total	
		Nº (347)	% (86)	Nº (56)	Nº (14)	Nº (403)	% (100.0)	Fem.	Masc.
Ano que está inscrito									
1º ano		64	18.4	6	10.7	72	17.9	1.4	-1.4
2º ano		63	18.2	9	16.1	87	21.6	.4	-.4
3º ano		74	23.3	13	23.2	113	28.0	-.1	.1
4º ano		95	27.4	18	32.1	61	15.1	-.7	.7
Pós-graduação/mestrado		51	14.7	10	17.9	70	17.4	-.6	.6
Como se desloca para a escola									
A pé		127	36.6	16	28.6	260	64.5	1.2	-1.2
Veículo motorizado		220	63.4	40	71.4	143	35.5	-1.2	1.2
Tempo de deslocação entre casa/escola									
≤ 10 minutos		144	41.5	18	32.1	162	40.2	1.3	-1.3
11-20 minutos		82	26.5	17	30.4	109	27.0	-.6	.6
≥ 21 minutos		111	32.2	21	37.5	132	32.8	-.8	.8
Bolseiro									
Não		216	62.2	41	73.2	146	36.2	-1.6	1.6
Sim		131	37.8	15	26.8	257	63.8	1.6	-1.6

Em síntese:

- 40.1% das mulheres situa-se na faixa etária dos ≤ 20 anos, enquanto metade dos homens (50%) têm ≥ 23 anos;
- há um predomínio de participantes solteiros, quer para o gênero feminino (86.7%), quer para o gênero masculino (82.1%);
- predominam os estudantes residentes na cidade, quer para os estudantes do gênero feminino (60.2%), quer para os do gênero masculino (51.8%);
- grande parte dos participantes coabita com os familiares, dos quais 52.4% são estudantes do gênero feminino e 62.5% são do gênero masculino;
- os pais dos participantes possuem habilitações literárias até ao 9º ano de escolaridade, representando o pai das estudantes do gênero feminino 64.0% e dos participantes do gênero masculino 66.1%; 55.3% das mães do grupo de participantes do gênero feminino e 51.8% dos estudantes do gênero masculino;
- quer as mulheres (64.0%), quer os homens (60.7%), tem 1 irmão;
- predominam os estudantes sem atividade remunerada, 76.7% do gênero feminino e 60.7% do gênero masculino;
- sobressaem 74.6% das mulheres e 64.3% dos homens com peso normal;
- há um predomínio de estudantes a frequentarem o 4º ano, designadamente 27.4% do gênero feminino e 32.1% do gênero masculino;

- na generalidade, quer os estudantes do género feminino (63.4%), quer os do género masculino (71.4%), deslocam-se para a escola num veículo motorizado;

- 41.5% dos estudantes do género feminino demora ≤ 10 minutos a deslocar-se de casa à escola, enquanto 37.5% dos participantes do género masculino demora ≥ 21 minutos.

1.3. Instrumentos

Para se efetuar a recolha de informação, teve-se como suporte **questionários e escalas**: Escala de Restrição Alimentar, validada para a população espanhola por Silva e Urzúa-Morale (2010); Escala de Ansiedade Depressão e Stress (EADS) de Lovibond e Lovibond, versão portuguesa de Pais Ribeiro (2004); Escala de Sonolência de Epworth – ESSE (Santos, Ferreira & Moutinho, 2001); Inventário de Personalidade de Eysenck - IPE versão curta de Silva et al. (1995).

1.3.1. Questionário sociodemográfico e de caracterização académica

O **questionário sociodemográfico** permite-nos caracterizar os sujeitos da amostra em conformidade com: género, idade, estado civil, atividade remunerada, zona de residência, coabitação em período letivo, habilitações literárias dos pais, número de irmãos e IMC. Tem também um conjunto 4 questões, tidas como **variáveis de contexto académico**, as quais consistem em: ano em que está inscrito, estatuto bolseiro, forma de deslocação para a escola e tempo de deslocação casa/escola.

1.3.2. Escala de Restrição Alimentar – ERA

A Escala de Restrição Alimentar foi validada para a população espanhola por Silva e Urzúa-Morale (2010). Trata-se de um autorrelato breve, com 10 itens agrupados em duas subescalas, que permitem obter um indicador psicométrico do construto de restrição alimentar. A subescala “preocupação com a dieta” (PD) avalia a tendência de uma pessoa em restringir a sua alimentação e o medo em ganhar peso. Incluem-se neste grupo, itens relativos à frequência de dietas, a preocupação pelo peso e o medo a ganhar peso. A subescala “Alterações/flutuações de peso” (FP) regista a alteração de peso, incluindo itens que avaliam as alterações de peso semanal e itens acerca do máximo peso ganho ou perdido ao longo da vida. Em conjunto, as variações e as pontuações da ERA, especialmente os seus níveis

elevados, relacionaram-se com uma tendência crônica para restringir a alimentação (através de dietas) associada a um medo exacerbado por ganhar peso. Conseqüentemente, as pessoas com altas pontuações na ERA são frequentemente denominadas de comedoras contidas ou dietistas crônicas (Silva & Urzúa-Morale, 2010).

De acordo com a estrutura de duas subescalas da ERA, as análises fatoriais das suas pontuações obtêm uma solução de fatores. Este tipo de análises pretende revelar grupos homogêneos de variáveis (fatores) e determinar o conjunto de itens que se correlacionam entre si (Silva & Urzúa-Morale, 2010). Nos estudos em que se utilizou a ERA, os grupos de itens mostraram um comportamento homogêneo (estrutura bifatorial). Se estes fatores parecem explicar os aspetos da restrição alimentar, existe suficiente evidência em prol da dependência estadística (não ortogonalidade) dos fatores “Preocupação com a dieta” e “Alterações/flutuações de peso”. Por outras palavras, estes fatores estariam a medir os aspetos comuns do construto. Isto foi interpretado como reflexo do comportamento psicométrico de um constructo unitário (restrição alimentar), derivado de componentes estatísticos e conceptualmente relacionados (PD e FP) (Silva & Urzúa-Morale, 2010).

Do ponto de vista substantivo, os estudos internacionais revelaram que a restrição alimentar paradoxalmente está relacionada com a sobrealimentação (Polivy & Herman, 1999; Heatherton, Herman & Polivy, 1991; Polivy & Herman, 1999, cit. por Silva & Urzúa-Morale, 2010). Deste pressuposto, evidencia-se um numeroso espectro de situações ou acontecimentos que desencadeiam a sobrealimentação nos dietistas crônicos. Este padrão disfuncional de conduta pode desencadear uma sequência de alterações metabólicas e endócrinas, resultando no desenvolvimento de sobrepeso e de obesidade (Silva & Urzúa-Morale, 2010).

No Chile, no âmbito do programa de investigação desenvolvido por Silva (2007), utilizou-se este instrumento em diversas ocasiões. Adicionalmente, apresentou-se uma prova preliminar da validade da estrutura fatorial da versão em espanhol da ERA. Até agora não existe evidência publicada das propriedades psicométricas desta versão, incluindo a sua estrutura fatorial (Silva & Urzúa-Morale, 2010).

Para conhecer a consistência deste instrumento, Kline (1999, cit. por Silva & Urzúa-Morale, 2010) fez a homogeneidade dos itens e o α de Cronbach para cada subescala (PD e FP). A subescala PD e a FP têm níveis aceitáveis de fiabilidade. Efetivamente, a subescala PD mostra um α de Cronbach de 0,78 e a subescala FP um α de Cronbach de 0,70. Por outro lado, ao analisar a correlação entre cada item e a subescala total (excluindo o item analisado), Kline (1999, cit. por Silva & Urzúa-Morale, 2010) obteve valores apropriados tanto para a PD, como para a FP. Neste âmbito, o autor considerou como aceitável um índice

de homogeneidade corrigida de 0,30, sem existir itens com valores menores, não excluiu nenhum das análises posteriores. Virtualmente todos os itens contribuem positivamente para a fiabilidade total de cada subescala. Assim a observação da matriz de correlações anti-imagem revela bons níveis de adequação amostral (todos os $r > 0,79$). Finalmente a prova de esfericidade de Barret revela que a matriz-R não é uma matriz de identidade, existindo relações entre as variáveis que podem ser analisadas ($\chi^2 = 1762,227$; $p < 0,001$).

Estudo psicométrico da Escala da Restrição Alimentar

A Tabela 5 contém as estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global, o que nos dá uma ideia da forma como o item se combina com o valor global. Como observamos, os valores médios oscilam entre 1.38 no item 4 “Em quanto acredita variar o seu peso numa semana normal?” e os 3.12 no item 9 “É consciente de quanto come habitualmente?”; mas é o que revela menor variabilidade. Deste modo, o item 9 foi eliminado por apresentar um valor correlacional inferior a 0.2, o que levou a efetuar-se uma nova correlação.

As estatísticas dos restantes itens que constituem a escala revelam que os valores médios numa escala de 1 a 5 estão bem centrados, pois situam-se acima do valor médio.

Do resultado desta nova correlação ressaltou que todos os itens apresentavam um valor superior a 0.2, oscilando estes entre os 0.277 no item 7 “Passa muito tempo a pensar no que vai comer?” e o 0.513 no item 8 “Sente-se culpada (o) depois de ter comido em excesso?”

O coeficiente de bipartição método das metades ou de split half revela, para a primeira metade, um valor de alfa de Cronbach ($\alpha = 0.780$) e, para a segunda, um valor ligeiramente mais fraco ($\alpha = 0.736$), tendo baixado no alfa global ($\alpha = 0.711$), classificados de razoáveis.

Tabela 5 – Consistência Interna dos itens da Escala da Restrição Alimentar

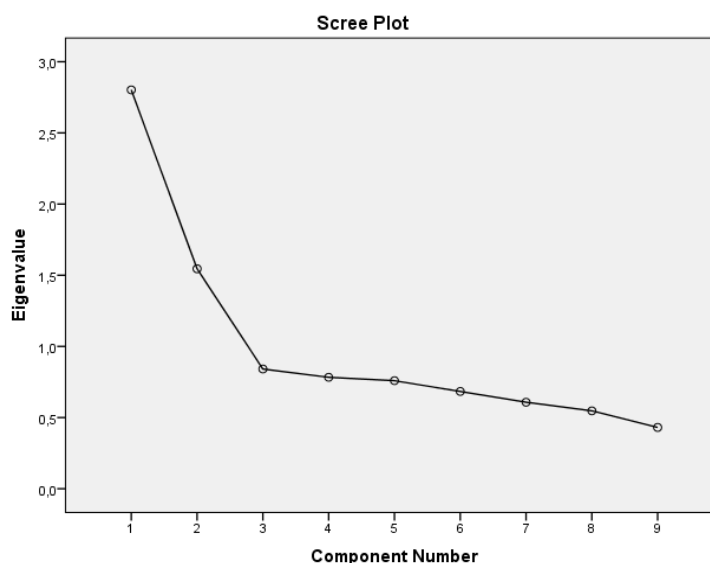
Nº Item	Itens	Média	Dp	1ª escala			2ª escala		
				Ritem-total (s/item)	r ²	α sem item	Ritem-total (s/item)	r ²	α sem item
1	Com que frequência faz dieta?	1.85	.760	.447	.252	.661	.431	.240	.681
2	A maior quantidade de peso que perdeu num mês da sua vida foi	1.83	1.006	.361	.231	.673	.361	.227	.692
3	Qual a máxima quantidade de peso que ganhou em uma semana?	1.95	.987	.411	.293	.663	.425	.292	.678
4	Em quanto acredita variar o seu peso numa semana normal?	1.38	.622	.342	.229	.679	.350	.229	.695
5	Uma variação de 2,5 Kg afetaria a forma como vive a sua vida?	2.45	.995	.334	.194	.678	.323	.190	.699
6	Come menos quando está com outras pessoas?	1.75	.743	.352	.182	.675	.378	.182	.689
7	Passa muito tempo a pensar no que vai comer?	2.08	.700	.285	.403	.685	.277	.178	.704
8	Sente-se culpada (o) depois de ter comido em excesso?	2.18	.942	.515	.060	.643	.513	.402	.661
9	É consciente de quanto come habitualmente?	3.12	.767	.095	.277	.711	-	-	-
10	Qual foi o máximo que chegou a pesar acima do seu peso normal?	2.79	1.350	.454	.231	.657	.471	.276	.673
Coefficiente Split Half		Primeira metade = 0.780							
		Segunda metade = 0.736							
Coefficiente alpha Cronbach global		0.711							

Depois de efetuarmos as operações acima descritas, procedemos de seguida ao estudo da análise fatorial exploratória da escala, no intuito de conhecermos as dimensões subjacentes a esta escala. Realizamos com os 9 itens restantes uma análise fatorial de componentes principais, com rotação ortogonal de tipo varimax e valores próprios (eigenvalues) superiores a 1. Analisou-se em primeiro lugar o resultado do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que é um procedimento que nos informa sobre a qualidade das correlações entre as variáveis e nos permite determinar se deveremos ou não prosseguir com a análise fatorial. O resultado obtido permite-nos classifica-lo de bom (KMO= 0.767) e assim continuar com a análise fatorial. Não foi tido em consideração o teste de esfericidade de Bartlett's, uma vez que em grandes amostras leva a rejeitar a hipótese nula.

Avaliamos seguidamente a proporção da variância de cada variável explicada pelos fatores que é designada por comunalidades. A comunalidade inicial é para todos os itens igual a 1 e após a extração classificamo-la de razoável já que oscila entre os 0.365 no item 6 e 0.656 no item 8. Numa análise mais conservadora o item 6 deveria ser eliminado por apresentar um valor inferior a 0.40, mas decidimos mantê-lo dada a importância que o mesmo se reveste para a explicação do fator.

A solução fatorial permitiu a seleção de 2 fatores com raízes lactentes superiores a 1 que no seu conjunto explicam 48.30% da variância total (cf. Tabela 6) o que é confirmado pelo gráfico de variâncias designado por screeplots

.Gráfico 1 - Gráfico de variâncias de Scree Plot para a escala de restrição alimentar



O fator 1 foi designado por **Preocupação com a dieta** explica após rotação 24.88% da variância total e é constituído pelos itens 1, 5, 6, 7 e 8.

O fator 2 denominado de **Flutuações do peso** explica 23.41% da variância total, sendo constituído pelos itens 2, 3, 4 e 10.

Na tabela 6 figuram as saturações dos itens por subescala e as comunalidades finais.

Tabela 6 – Ordenações dos itens por fator e cargas fatoriais

Itens		Fatores		H ²
		1	2	
1	1 - Com que frequência faz dieta?	0.584		0,407
2	A maior quantidade de peso que perdeu num mês da sua vida foi		0.712	0,507
3	Qual a máxima quantidade de peso que ganhou em uma semana?		0.743	0,564
4	Em quanto acredita variar o seu peso numa semana normal?		0.714	0,510
5	Uma variação de 2,5 Kg afetaria a forma como vive a sua vida?	0.670		0,449
6	Come menos quando está com outras pessoas?	0.579		0,365
7	Passa muito tempo a pensar no que vai comer?	0.629		0,400
8	Sente-se culpada (o) depois de ter comido em excesso?	0.794		0,656
10	Qual foi o máximo que chegou a pesar acima do seu peso normal?		0.644	0,490
Fatores		Eigenvalue	% Variância	
Fator 1 - Preocupação com a dieta		2.802	24.889	
Fator 2 - Flutuações de peso		1.545	23.419	

Dando continuidade á análise da consistência interna da escala por fatores (cf. Tabela 7), o Fator 1 – Preocupação com a dieta - tem correlações a oscilar entre $r=0.372$, no item 7, e $r=0.601$ no item 8. De um modo geral, os valores de alfa de Cronbach poderão classificar-se de razoáveis, oscilando entre 0.640 e 0.659, com exceção do item 8 (“Sente-se culpada (o) depois de ter comido em excesso?”), onde se obteve um alfa de 0.549, classificado de fraco. O coeficiente de bipartição, método das metades ou de split half, aponta para a primeira metade, um valor de alfa de ($\alpha=0.500$) e, para a segunda, um valor ligeiramente

mais alto ($\alpha=0.535$), o que resulta numa classificação de fraco. Contudo, o alfa global é razoável ($\alpha=0.683$).

No que concerne ao Fator 2 - Flutuações do peso, as correlações de uma forma geral, revelam-se mais altos quando comparados com os encontrados no Fator 1 oscilando entre $r=0.432$ e $r=0.490$. Já os valores de alfa de Cronbach ao situarem-se entre $\alpha=0.567$ e $\alpha=0.622$, são mais baixos comparativamente aos obtidos no Fator 1 o que se traduz num coeficiente de bipartição fraco, tanto para a primeira ($\alpha=0.537$) como para a segunda metade ($\alpha=0.357$), com um alfa global razoável ($\alpha=0.657$).

Tabela 7 – Consistência interna por fator

Itens	r	r ²	α
	Fator 1 Preocupação com a dieta		
1 - Com que frequência faz dieta?	0.420	0.215	0.640
5 - Uma variação de 2,5 Kg afetaria a forma como vive a sua vida?	0.427	0.187	0.643
6 - Come menos quando está com outras pessoas?	0.386	0.165	0.653
7 - Passa muito tempo a pensar no que vai comer?	0.372	0.166	0.659
8- Sente-se culpada (o) depois de ter comido em excesso?	0.601	0.372	0.549
Coefficiente Split Half	Primeira metade = 0.500		
Coefficiente alpha Cronbach global	Segunda metade = 0.535 0.683		
Fator 2 Flutuações do peso			
2 - A maior quantidade de peso que perdeu num mês da sua vida foi	0.470	0.221	0.567
3 - Qual a máxima quantidade de peso que ganhou em uma semana?	0.490	0.275	0.554
4 - Em quanto acredita variar o seu peso numa semana normal?	0.432	0.217	0.622
10 - Qual foi o máximo que chegou a pesar acima do seu peso normal?	0.454	0.209	0.609
Coefficiente Split Half	Primeira metade = 0.537		
Coefficiente alpha Cronbach global	Segunda metade = 0.357 0.657		

Ao fazer-se uma comparação dos alpha Cronbach obtidos para os dois fatores que constituem a ERA e os originais da escala, observa-se que os valores do presente estudo são mais baixos dos que os originais, em ambos os fatores (cf. Tabela 8).

Tabela 8 - Alfas obtidos no presente estudo e os originais

Fatores	Alpha global (original)	Alpha global
Fator 1 – Preocupação com a dieta	0,780	0.683
Fator 2 – Flutuações do peso	0,700	0.657

A tabela 9 apresenta os resultados relativos à validade convergente/discriminante dos itens. Apuramos que todos os itens estabelecem com os fatores correlações positivas e

altamente significativas ($p < 0.000$) com valores superiores a 0.40, com a escala a que pertencem, o que sugere uma boa validade convergente/discriminante.

Na subescala preocupação com a dieta (F1), os valores correlacionais oscilam entre ($r=0.148$) no item 4 “Em quanto acredita variar o seu peso numa semana” e ($r= 0.314$) no item 10 “Qual foi o máximo que chegou a pesar acima do seu peso normal?”, que pertencem à escala flutuações do peso. As correlações dos itens com a escala a que pertencem registam o menor valor correlacional ($r=0.579$) no item 7 “Passa muito tempo a pensar no que vai comer?” e o maior ($r=0.795$) no item 8 “Sente-se culpada (o) depois de ter comido em excesso?”

Para a subescala da flutuação do peso (F2), o menor valor correlacional encontra-se no item 7 ($r= 0.150$) “Passa muito tempo a pensar no que vai comer?” e o maior ($r= 0.547$) no item 1 “Com que frequência faz dieta?”, ambos pertencentes à subescala da preocupação com o peso. Entre os itens pertencentes a esta subescala, o valor menor de variabilidade ($r= 0.457$) é o do item 2 “A maior quantidade de peso que perdeu num mês da sua” e o de maior variabilidade ($r= 0.799$) e do item 10 “Qual foi o máximo que chegou a pesar acima do seu peso normal?”.

Tabela 9 – Correlação de Pearson entre os itens e as subescalas e total da Restrição Alimentar

	Itens	Preocupa- ção com a dieta	Flutuação de peso	Total da Restri- ção Alimentar
		r	R	r
1	Com que frequência faz dieta?	.633***	.547 ***	.689***
2	A maior quantidade de peso que perdeu num mês da sua vida foi	.152***	.457***	.349***
3	Qual a máxima quantidade de peso que ganhou em uma semana?	.225***	.726 ***	.544***
4	Em quanto acredita variar o seu peso numa semana normal?	.148***	.604***	.429***
5	Uma variação de 2,5 Kg afetaria a forma como vive a sua vida?	.697***	.208 ***	.538***
6	Come menos quando está com outras pessoas?	.602***	.278***	.520***
7	Passa muito tempo a pensar no que vai comer?	.579***	.150***	.434***
8	Sente-se culpada (o) depois de ter comido em excesso?	.795***	.397***	.703***
10	Qual foi o máximo que chegou a pesar acima do seu peso normal?	.314 ***	.799***	.639***

Os resultados da matriz de correlação de Pearson entre as subescalas da Escala da Restrição Alimentar (cf. Tabela 10) e fator global, demonstram correlações positivas e altamente significativa, o que nos permite afirmar que quanto maior as flutuações do peso e preocupação com a dieta maior a restrição alimentar com percentagem de variância expli-

cada de 71.7% e 75.3% respetivamente. De igual modo, quanto maior a preocupação com a dieta maior as flutuações de peso com uma variabilidade de 22.8%.

Tabela 10 - Matriz de Correlação de Pearson entre as subescalas da Escala da Restrição Alimentar

Subescalas	Preocupação dieta	Flutuações do peso
Flutuações do peso	0.471***	-
Restrição alimentar (global)	0.868***	0.847***

*** p<0,001

Realizada a análise fatorial exploratória para verificar a adequação dos dados aos pressupostos da análise fatorial confirmatória, procuramos comprovar a estrutura bifatorial encontrada, conforme explanado na figura 2. Os círculos representam os dois fatores que são designados por variáveis latentes, os retângulos os itens que representam a manifestação do respetivo fator sendo chamadas variáveis manifestas e os círculos menores os erros associados a cada item que representam a parte da variância do item não explicada pelo fator. As setas unidirecionais indicam a resposta dada por cada item ao fator e as bidirecionais entre os fatores sinalizam que o modelo pressupõe que estão correlacionados.

Recorremos ao *software* AMOS 22 (*Analysis of Moment Structures*), tendo-se considerado a matriz de covariâncias e adotado o método de estimação ML (*Maximum Likelihood*).

Na análise do modelo, tivemos em consideração os seguintes indicadores de qualidade de ajuste e valores de referência (i) **Razão χ^2/gf** é uma medida de qualidade de ajuste geral do modelo (normativa), sendo calculada a partir do cociente do qui-quadrado pelos graus de liberdade. Um valor inferior a 5,00 pode ser interpretado como indicador da adequação do modelo teórico para descrever os dados. Para (Marôco, 2014) valores entre 2 a 5 o ajustamento é sofrível, entre 1 e 2 ajustamento bom, aproximadamente 1 ajustamento muito bom e superior a 5 o ajustamento é classificado de mau, (ii) **GFI** (Goodness of Fit Index) este índice é ponderado em função dos graus de liberdade do modelo, em relação ao número de variáveis consideradas. Estas estatísticas não são influenciadas pelo tamanho da amostra dos participantes (iii) **CFI** (Comparative of Fit Index) é um índice comparativo, adicional, de ajuste ao modelo. Para o CFI e GFI são considerados os seguintes valores de referência: <0.8 ajustamento mau, entre 0.8 – 0.9 ajustamento sofrível, 0.9 a 0.95 ajustamento bom e \geq 0.95 ajustamento muito bom; (iv) **RMSEA** (*Root Mean Square Error of Approximation*), Raíz quadrada média do erro de aproximação. Para a RMSEA, recomendam-se valores próximos a 0,06 e 0,08 com intervalo de confiança de 90% (*IC90%*). Interpretam-se valores altos (> 0.10) como indicação de um modelo não ajustado e ≤ 0.05 ajustamento muito bom; (v) **RMR** (root mean square residual) é um índice de ajuste absoluto que aponta que quanto menor o RMR melhor o ajustamento. Um RMR igual a 0

indica um ajustamento perfeito; (vi) **SRMR** (Standardized, Root Mean Square Residual), indica a diferença padronizada entre a correlação observada e a correlação prevista. Um valor inferior a 0.08 é considerado um bom ajuste.

Foi também determinada a qualidade do ajustamento local do modelo através dos pesos fatoriais, da fiabilidade individual dos itens e ainda da fiabilidade compósita (FC) e variância extraída média (VEM) para cada um dos fatores.

A fiabilidade compósita estima a consistência interna dos itens em relação a cada fator, isto é, diz-nos se os itens se constituem como manifestações do fator. A variância extraída média (VEM) avalia a validade convergente que nos indica se o percentual de variação explicada pelos indicadores é suficientemente forte para dizer que existe qualidade de mensuração. Como indicadores de referência são sugeridos para a FC valores superiores a 0,70 embora para investigações exploratórias possam ser aceitáveis valores inferiores e para a VEM superiores ou iguais a 0,50 (Marôco, 2014) embora se possa flexibilizar esse limite para 0,40.

No estudo realizado, não foram observados problemas relativos à multicolinearidade e casos extremos univariados e multivariados influentes, de acordo com os critérios de distância Mahalanobis e distância Cook.

Quanto aos índices de qualidade de ajuste o modelo inicial mostrei desde início índices satisfatórios conforme tabela 11. Contudo procuramos melhorá-los através das propostas dos índices de modificação que indicavam que deveriam correlacionar-se na flutuação de peso os erros e7 vs e8. Os resultados obtidos no modelo final evidenciaram um ajustamento bom em todos os índices.

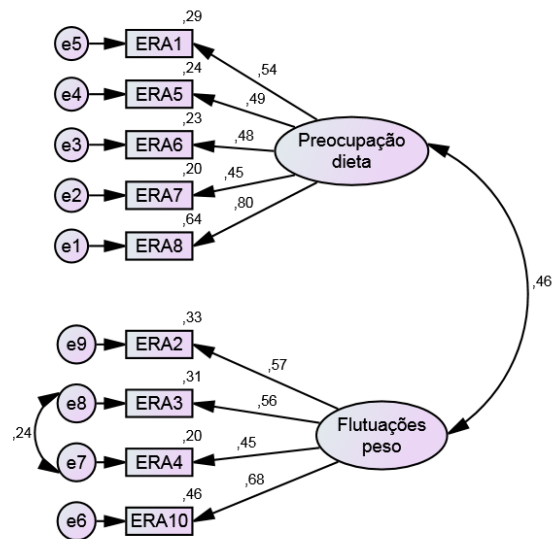
Tabela 11 – Índices de qualidade de ajuste

Modelo	χ^2	gl	χ^2/gl	GFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo 1	55.041	26	2.117	0.971	0.951	0.053	0.043	0.047
Modelo2	42.637	25	1.705	0.977	0.970	0.042	0.035	0.042

Todos os itens do modelo tiveram valores de fiabilidade individual que variaram entre 0.45 e .80 na preocupação com a dieta e 0.45 e 0.68 nas flutuações do peso, valores que poderemos considerar normais e que indicam que cada item saturava significativamente no seu fator. No que se refere à confiabilidade compósita os dois fatores mostraram índices adequados ao registarem 0.77 na preocupação com a dieta e 0.740 nas flutuações do peso. Quanto à variância extraída média, apesar do ajustamento global efetuado, os valores estão abaixo do critério de referência para a preocupação com a dieta (VEM=0.321) o que pode revelar alguma fragilidade na sua aplicação, mas satisfatória para as flutuações com a dieta (VEM=0.674). Quanto aos resultados da validade discriminante ($V D = 0.176$) denota-

se que é adequada aferindo-se assim que a escala utilizada esta adaptada para avaliar a restrição alimentar.

Figura 2 - Modelo unifactorial da escala da restrição alimentar



1.3.3. Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21)

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21) é a versão portuguesa adaptada por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, (2004) da *Depression, Anxiety Stress Scale* (DASS) de Lovibond e Lovibond (1955,) que inicialmente era constituída por 42 itens. A versão com 21 itens designada pelo acrónimo EADS-21 mede os mesmos construtos e de forma análoga à versão de 42 itens. Para os autores portugueses as medidas reduzidas são úteis em psicologia da saúde dado que são preferíveis às mais longas, pois, nos seus contextos de aplicação às populações, propendem a estar mais fragilizadas e a avaliação constituir quase sempre uma sobrecarga.

A EADS- 21 organiza-se em três escalas: depressão, ansiedade e stresse, contendo cada uma delas sete itens. Cada item comporta uma frase, uma afirmação que remete para sintomas emocionais negativos, solicitando-se ao sujeito que responda se a afirmação se se aplicou “na semana passada”. Os itens são apresentados em escala ordinal tipo Likert de 0 a 3 com quatro pontos de gravidade ou frequência (0) “*não se aplicou nada a mim*” (1) “*aplicou-se a mim algumas vezes*” (2) “*aplicou-se a mim muitas vezes*” e (3) “*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*”. O somatório dos itens que constituem, cada subescala resulta um valor mínimo “0” e um máximo “21 ” sendo que notas mais elevadas, em

cada escala, correspondem a estados afetivos mais negativos. A subescala **depressão** comporta os itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21; a **ansiedade** os itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 e o **stresse** os itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18.

O estudo da consistência interna com recurso ao *alfa de Cronbach* da versão portuguesa mostrou um valor de 0,85 para a subescala de depressão, 0,74 para a subescala de ansiedade e 0,81 para a subescala de stresse. A escala de 21 itens esteve fortemente correlacionada com a escala de 42 itens (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Estudo psicométrico da Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse

Na Tabela 12 encontram-se os valores de alfa de cronbach, classificados de muito bons, na medida em que variam entre $\alpha=0.930$ e $\alpha=0.945$., com um alfa global de 0.935. Ao analisar-se os coeficientes de correlação item total corrigido, verifica-se que a maioria dos itens parecem estar bem centrados, porquanto evidenciam valores correlacionais $>0,50$, exceto o item 19 ($r=0.016$) “Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico”, pelo que deveria ser excluído por apresentar um valor inferior a 0.20, o que elevaria o alfa de cronbach global para 0.945. A determinação do índice de fiabilidade pelo método das metades, revela valores de alfa de cronbach bons, tendo-se obtido, para a primeira metade, um valor de $\alpha= 0.890$ e, para a segunda, $\alpha= 0.869$

Os índices médios e desvios padrão demonstram a existência de pouca dispersão entre os itens.

Tabela 12 – Valores correlacionais e de alfa de cronbach para a EADS-21

Nº Item	Itens	Média	Dp	R/item	R ²	Alpha s/item
1	Tive dificuldades em me acalmar	1.04	.797	.667	.569	.931
2	Senti a minha boca seca	.80	.828	.449	.264	.935
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	.63	.789	.741	.637	.930
4	Senti dificuldades em respirar	.54	.763	.571	.461	.933
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	.79	.812	.610	.472	.932
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	.96	.861	.581	.450	.933
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	.63	.816	.519	.433	.934
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	.97	.875	.686	.585	.931
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	.64	.796	.667	.549	.931
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	.50	.790	.656	.608	.932
11	Dei por mim a ficar agitado	.89	.858	.747	.679	.930
12	Senti dificuldade em me relaxar	1.09	.880	.693	.635	.931
13	Senti-me desanimado e melancólico	.83	.857	.730	.597	.930
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	.70	.793	.684	.528	.931
15	Senti-me quase a entrar em pânico	.50	.767	.732	.635	.930
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	.50	.805	.741	.726	.930
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	.52	.827	.696	.682	.931
18	Senti que por vezes estava sensível	1.22	.826	.612	.491	.932
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	2.03	1.052	.016	.051	.945
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	.62	.788	.734	.583	.930
21	Senti que a vida não tinha sentido	.38	.728	.662	.702	.932
Coeficiente Split-half				Primeira metade – 0.890 Segunda metade - 0.869		
Coeficiente alpha Cronbach global				0.935		

Na Tabela 13 encontram-se os resultados de fiabilidade das subescalas de depressão, ansiedade e stresse.

Assim, ao analisarmos os índices médios da depressão, evidencia-se homogeneidade nas respostas dadas aos diferentes itens uma vez que se obteve uma pontuação que varia entre os 0.38 (± 0.729 dp) no item 21 e 0.83 (± 0.857 dp) no item 13. Por sua vez, os coeficientes de alpha de Cronbach sugerem boa consistência interna, com o menor valor ($\alpha=0.889$) encontrado no item 16 e o maior ($\alpha=0.911$) no item 5. O coeficiente de bipartição de split-half ($\alpha=0.825$), para a primeira metade, e ($\alpha=0.889$) para a segunda, mostram uma boa consistência interna, com um alfa total mais elevado ($\alpha=0.913$), também classificado com muito boa consistência interna.

Quanto aos índices médios da ansiedade, notamos que os mesmos são pouco homogéneos, situando-se entre $r=0.50$ (± 1.052 dp) no item 15 e $r=2.03$ (± 0.789 dp) no item 19. O coeficiente de consistência interna revela valores de alfa a oscilarem entre $\alpha=0.682$ e $\alpha=0.870$, o que nos leva a classifica-los entre o razoável e o bom. Todavia, o valor de alfa global $\alpha=0.747$ aponta para uma consistência razoável. O coeficiente de bipartição manifesta consistência razoável entre os itens, na primeira metade, $\alpha=0.733$ mas inadmissível ($\alpha=0.397$) na segunda metade.

Analisando os resultados da subescala do stresse, registamos valores de alfa bons, oscilando entre ($\alpha=0.865$) no item 11 e ($\alpha=0.875$) no item 1, com um valor global para o total da escala de $\alpha=0.893$. Os valores de split-half na primeira ($\alpha=0.849$) e segunda metade ($\alpha=0.750$) são também bons, assumindo-se como indicadores de boa consistência interna.

Os valores correlacionais do item total corrigido mostram que o item 11 é o que se correlaciona mais com o stresse ($r=0.788$) explicando 64.1% da variância total e o de menor variabilidade com 39.0%, regista-se no item 14 (cf. Tabela 13).

Tabela 13 – Consistência interna por subescalas da escala de depressão, stresse e ansiedade

Itens	Depressão	Média	Dp	r/item total	r ²	α sem item
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0.63	0.789	0.420	0.590	0.898
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0.79	0.812	0.597	0.427	0.911
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0.50	0.790	0.534	0.589	0.899
13	Senti-me desanimado e melancólico	0.83	0.857	0.611	0.439	0.909
16	Não fui capaz de ter entusiasmos por nada	0.50	0.805	0.698	0.691	0.889
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0.52	0.827	-0.001	0.668	0.893
21	Senti que a vida não tinha sentido	0.38	0.728	0.622	0.672	0.897
Ansiedade						
2	Senti a minha boca seca	0,80	0.828	0.567	0.225	0,689
4	Senti dificuldades em respirar	0,54	0.763	0.647	0.433	0.701
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0,63	0.816	0.671	0.372	0.870
9	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0,64	0.767	0.618	0.478	0.684
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0,50	1.052	0.719	0.568	0.667
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	2.03	0.789	0.712	0.012	0.837
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0,62	0.788	0.742	0.468	0.682
Stresse						
1	Tive dificuldades em me acalmar	1.04	0.797	0.717	0.552	0.875
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0.96	0.861	0.622	0.404	0.886
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0.97	0.875	0.725	0,543	0.873
11	Dei por mim a ficar agitado	0.89	0.858	0.788	0.641	0.865
12	Senti dificuldade em me relaxar	1.09	0.880	0.753	0.617	0.870
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0.70	0.793	0.602	0.390	0.887
18	Senti que por vezes estava sensível	1.22	0.826	0.635	0.420	0.884

A tabela 14 compara os valores de alfa de Cronbach por subescala obtidos no presente estudo com os obtidos na escala original. Como tal, observa-se que em todas as subescalas os alfas de Cronbach global do presente estudo são superiores aos originais.

Tabela 14 – Comparação dos valores de alfa de Cronbach para as subescalas de depressão, ansiedade e stresse

Subescalas	Nº itens	Alfa de Cronbach		Alfa Global	Alfa Global (Original)
		(Split-half)			
		Parte 1	Parte 2		
Depressão	7	.825	.889	.913	.850
Ansiedade	7	.733	.397	.747	.740
Stresse	7	.849	.750	.893	.810

Na Tabela 15 encontram-se os valores da validade convergente/ discriminante dos itens, efetuada pela comparação da correlação do item da escala a que pertence com as correlações com as escalas a que não pertence.

Na subescala da depressão, os valores correlacionais oscilam entre ($r= 0,016$) no item 19 “Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico” pertencente à subescala de ansiedade e ($r=0,879$) no item 16 “Não fui capaz de ter entusiasmo por nada” da escala da depressão. As correlações dos itens com a escala a que pertencem regista o menor valor correlacional ($r= 0.730$) no item 5 “Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas” e o maior ($r= 0.879$) no item 16 “Não fui capaz de ter entusiasmo por nada”.

Quanto à subescala ansiedade, o menor valor correlacional é encontrado no item 6 ($r= 0.487$) relacionado com o stresse “Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações” e o maior no item 5 “Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas” da escala da depressão ($r=0.716$). Entre os itens pertencentes a esta subescala, destaca-se como o de menor variabilidade ($r=0.292$) o item 19 “Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas” e o de maior variabilidade ($r= 0.777$) o item 15 “Senti-me quase a entrar em pânico”.

No que se refere ao stresse, os valores correlacionais para os itens que não fazem parte da escala situam-se entre ($r=0.292$) o item 19 “Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas” e o mais elevado o item 15 ($r= 0.777$) “Senti-me quase a entrar em pânico” ambos relacionados com a escala de ansiedade. Todos os itens pertencentes à mesma escala apresentam correlações ligeiramente superiores aos itens das restantes escalas, que neste caso particular se situam entre os ($r= 0.473$) no item 6 “Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações” e ($r= 0.624$) no item 11 “Dei por mim a ficar agitado”.

Tabela 15 – Correlação de Pearson entre os itens e as subescalas depressão, ansiedade e stresse

	Itens	Depressão	Ansiedade	Stresse
		r	R	r
1	Tive dificuldades em me acalmar	.521***	.608***	.796***
2	Senti a minha boca seca	.395***	.597***	.393***
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	.820***	.594***	.631***
4	Senti dificuldades em respirar	.479***	.716***	.480***
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	.730***	.497***	.505***
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	.473***	.487***	.730***
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	.393***	.687***	.783***
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	.527***	.711***	.809***
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	.569***	.647***	.600***
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	.817***	.503***	.505***
11	Dei por mim a ficar agitado	.624***	.624***	.853***
12	Senti dificuldade em me relaxar	.544***	.613***	.830***
13	Senti-me desanimado e melancólico	.756***	.589***	.706***
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	.622***	.584***	.706***
15	Senti-me quase a entrar em pânico	.635***	.777***	.631***
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	.879***	.588***	.584***
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	.853***	.546***	.538***
18	Senti que por vezes estava sensível	.523***	.520***	.736***
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	.016	.292***	.025
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	.669***	.736***	.648***
21	Senti que a vida não tinha sentido	.826***	.517***	.494***

Finalmente na tabela 16 encontram-se os valores resultantes da matriz de correlação entre os diversos fatores da escala, dos quais se verifica que as correlações são positivas e significativas oscilando entre ($r=0.676$) na relação Depressão vs. Ansiedade, explicando cerca de 45% da sua variabilidade, e ($r=0.759$) na relação Ansiedade vs Stresse com uma percentagem de variância explicada de 57,6%.

Tabela 16 - Matriz de Correlação de Pearson entre as escalas de depressão, ansiedade e stresse

Subescalas	Depressão	Ansiedade
Ansiedade	0.676***	--
Stresse	0.701***	0.759***

*** $p > 0,001$

1.3.4. Escala de sonolência de Epworth

A escala de sonolência de Epworth, universalmente aplicada para avaliar a sonolência diurna, contém 8 itens, através dos quais se estima a probabilidade de uma pessoa dormir ou adormecer e não apenas sentir-se cansada, nos momentos em que está sentada a ler, a ver televisão, sentada quieta num lugar público, na condição de passageira num carro ou outro meio de transporte em movimento, deitada a conversar após o almoço, sentada a conversar com alguém, sentada após uma refeição sem ter bebido álcool e no carro parado

por poucos segundos no trânsito. Neste questionário, a pessoa responde a todas as possibilidades, ainda que não as tenha realizado recentemente. Assim, é-lhe solicitado que imagine como é que essas situações a afetariam, optando por um número mais apropriado para cada situação:

- 0 – Nenhuma possibilidade de dormir
- 1 – Ligeira possibilidade de dormir
- 2 – Moderada possibilidade de dormir
- 3 – Forte possibilidade de dormir

A pontuação da escala oscila entre o 0 (zero) e 24 e de acordo com o score obtido, o grau de sonolência é classificado como se segue:

- <8 – Funcionamento normal do sono
- 8-10 – Fraca sonolência
- 11-15 – Moderada sonolência
- 16-20 – Severa sonolência

Estudo psicométrico da escala

Os resultados expostos na tabela 17 revelam as estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global o que genericamente possibilita achar indicações de como o item se combina com o valor global. Os valores médios e respetivos desvios padrão dos diferentes itens permitem-nos afirmar que, na generalidade os itens se encontram bem centrados, à exceção do item 3 “Sentado inativo num lugar público (sala aula, cinema, etc.)” ($M=0.89$) e o item 6 “Sentado a conversar com alguém” ($M=0.20$).

Os coeficientes de correlação item total corrigido patenteiam que se está perante correlações positivas, sendo o valor mais baixo o do item 8 “Ao volante parado no trânsito durante uns minutos” ($r=0.394$) que explica 40.8% da variabilidade.

A análise dos índices de alfa de Cronbach indica que os mesmos podem ser classificados de bons, porquanto oscilam entre $\alpha=0.780$ no item 1 “Sentado(a) a ler” e $\alpha=0.817$ no item 8 “Ao volante parado no trânsito durante uns minutos”. O coeficiente de bipartição indica valores mais fracos, comparativamente ao alfa para a globalidade da escala ($\alpha=0.818$), revelando a primeira metade um valor de $\alpha=0.754$ e a segunda o valor de $\alpha=0.622$ (cf. Tabela 16).

Tabela 17 – Consistência interna dos itens da ESE

	Itens	Media	Desvio Padrão	Correlação Item/total	R ²	α
1	Sentado(a) a ler	1.16	1.01	.627	.418	.780
2	Ver televisão	1.51	0.934	.532	.305	.798
3	Sentado inativo num lugar público (sala aula, cinema, etc.)	.89	0.929	.618	.421	.786
4	Como passageiro num autocarro, comboio autocarro, durante uma hora sem paragem	1.38	1.078	.583	.380	.792
5	Deitado a descansar à tarde quando as circunstâncias o permitem	2.04	0.960	.554	.379	.785
6	Sentado a conversar com alguém	.20	0.485	.459	.445	.812
7	Sentado calmamente depois de almoço sem ter bebido álcool	1.02	0.990	.593	.369	.789
8	Ao volante parado no trânsito durante uns minutos	.17	0.488	.394	.408	.817
Coefficiente Split-half				Primeira metade =.754		
				Segunda metade =.622		
Coefficiente alpha Cronbach global				.818		

Na Tabela 18 estão expostos os valores da validade convergente/discriminante, permitindo aferir-se que todos os itens mostram correlações positivas e significativas com o valor global da escala oscilando entre ($r=0.480$) no item 8 “Ao volante parado no trânsito durante uns minutos” explicando 23,04% e no item 1 “Sentado(a) a ler” ($r=0.748$) com uma variabilidade de 55.95%.

Tabela 18 – Correlação dos itens com o fator global

	Itens	r
1	Sentado(a) a ler	.748***
2	Ver televisão	.667***
3	Sentado inativo num lugar público (sala aula, cinema, etc.)	.732***
4	Como passageiro num autocarro, comboio autocarro, durante uma hora sem paragem	.724***
5	Deitado a descansar à tarde quando as circunstâncias o permitem	.687***
6	Sentado a conversar com alguém	.539***
7	Sentado calmamente depois de almoço sem ter bebido álcool	.721***
8	Ao volante parado no trânsito durante uns minutos	.480***

1.3.5. Inventário de Personalidade de Eysenk

O Inventário de Personalidade de Eysenck é uma escala ordinal tipo Likert com 12 itens, cada um com quatro opções de resposta. É uma versão curta do Eysenck Personality Inventory resultante de amplas análises fatoriais. À semelhança da sua versão original, avalia duas dimensões da personalidade: extroversão e neuroticismo. À extroversão correspondem os itens a, c, e, g, i e k, e ao neuroticismo os itens b, d, f, h, j e l (Silva et al., 1995).

Entre a versão curta e a escala original determinaram-se correlações, tendo-se obtido valores de “r” de 0,82 e 0,79 respetivamente para a extroversão e neuroticismo, o que revela a existência duma correlação positiva significativa nos dois fatores. De igual

modo determinaram-se correlações entre o neuroticismo e a extroversão da versão curta, cujo valor de “r” foi de 0,5 (Barton e cols., 1992, citado por Silva et al., 1995).

A cotação desta escala faz-se somando os valores dos itens de cada uma das dimensões. São atribuídos os valores de 1 a 4 que correspondem às respostas no sentido de “nunca” para “sempre”. Valores baixos indicam níveis elevados nas dimensões (Silva et al., 1995). Também pode utilizar-se uma cotação bimodal (Silva et al., 1995), bastando para isso converter os valores dos itens de 1 e 2 em 0 (zero), e os valores de 3 e 4 em 1 (um), somando-se de seguida os itens de cada fator.

Estudo psicométrico do Inventário de Personalidade de Eysenk

A leitura da Tabela 19 mostra que apenas dois itens da escala não se encontram bem centrados ao situarem-se abaixo do ponto médio da escala, concretamente o item 1 “Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?” (M=1.81) e o item 12 “Sofre de insónia?” (M=1.56).

Os coeficientes de correlação item total corrigido mostram que quase todos os itens apresentam correlações acima de 0.20, à exceção do item 6 “Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?” (r=0.124), item 7 “Considera-se uma pessoa que confia na sorte?” (r=0.102), o item 11 “Gosta de pregar partidas?” (0.148) e o item 12 “Sente insónia?” (r=0.148) que numa análise mais conservadora deveriam ser excluídos.

Os valores de alfa de Cronbach podem classificar-se de razoáveis, pois oscilam entre 0.597 e 0.636 com um alfa global da escala $\alpha=0.640$. Calculando o índice de fiabilidade pelo método das metades os valores de alfa de Cronbach, revelaram-se mais fracos, pois para a primeira metade obteve-se um alfa de 0.519 e para a segunda $\alpha=0.375$ (cf. Tabela 19).

Tabela 19 – Consistência Interna dos itens da Escala da Personalidade de Eysenck

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	r ²	α sem item
1	Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	1.81	0.774	0.419	0.313	0.597
2	O seu humor tem altos e baixos?	2.57	0.934	0.366	0.386	0.603
3	É uma pessoa cheia de vida?	2.86	0.773	0.308	0.308	0.632
4	Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	2.48	0.831	0.360	0.360	0.626
5	Gosta de se misturar com as pessoas?	2.48	0.871	0.385	0.385	0.608
6	Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?	2.02	0.934	0.124	0.124	0.612
7	Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	2.75	0.809	0.102	0.102	0.632
8	É perturbado por sentimentos de culpa?	2.17	0.792	0.254	0.254	0.623
9	Vai e diverte-se muito numa festa animada?	2.22	0.892	0.340	0.340	0.618
10	Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	2.59	0.977	0.409	0.409	0.617
11	Gosta de pregar partidas?	2.22	0.949	0.189	0.189	0.624
12	Sofre de insónia?	1.56	0.830	0.148	0.148	0.636
Coeficiente Split-half		Primeira metade =0.519				
		Segunda metade =0.375				
Coeficiente alpha Cronbach global		0.640				

A leitura da Tabela 20 mostra que, na subescala da extroversão, os valores correlacionais oscilam entre $r=0.247$ no item 7 “Considera-se uma pessoa que confia na sorte?” e $r=0.543$ no item 5 “Gosta de se misturar com as pessoas?”, com alfas a oscilar entre $\alpha=0.644$, para os itens 5 e 9 e $\alpha=0.731$ no item 7, classificados de razoáveis.

Em relação aos valores correlacionais da subescala neuroticismo, o menor é o item 6 ($r=0.169$) “Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?” e o maior ($r=0.596$) no item 10 “Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?”, com alfas a oscilar entre $\alpha=0.605$ no item 2 e $\alpha=0.692$ no item 12, classificados de razoáveis.

Tabela 20 - Alfas de cronbach por subescala da Escala da Personalidade

Nº Item	Itens	R Item/total	R ²	α
Extroversão				
1	Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	,500	,282	,661
3	É uma pessoa cheia de vida?	,485	,254	,665
5	Gosta de se misturar com as pessoas?	,543	,363	,644
7	Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	,247	,073	,731
9	Vai e diverte-se muito numa festa animada?	,540	,332	,644
11	Gosta de pregar partidas?	,386	,155	,697
Neuroticismo				
2	O seu humor tem altos e baixos?	,561	,363	,605
4	Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	,521	,318	,624
6	Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?	,169	,042	,736
8	É perturbado por sentimentos de culpa?	,446	,244	,649
10	Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	,596	,389	,590
12	Sofre de insónia?	,296	,115	,692

A análise dos resultados expostos na tabela 21, relativos à validade convergente/discriminante dos itens, efetuada pela comparação da correlação do item da escala a que pertence com as correlações com as escalas a que não pertence.

Na subescala da extroversão, os valores correlacionais oscilam entre ($r= 0,006$) no item 2 “O seu humor tem altos e baixos?” e ($r=0.261$) no item 6 “Quando se aborrece precisa

de alguém para conversar?” ambos pertencentes à subescala do neuroticismo. As correlações dos itens com a escala a que pertencem regista o menor valor correlacional ($r=0.620$) no item 11 “Gosta de pregar partidas?” e o maior ($r= 0.720$) no item 9 “Vai e diverte-se muito numa festa animada?”.

Quanto à subescala do neuroticismo, o menor valor correlacional é encontrado no item 5 ($r=0.004$) “Gosta de se misturar com as pessoas?” e o maior no item 3 “É uma pessoa cheia de vida?” ($r=-.135$), ambos pertencentes à subescala da extroversão. Entre os itens pertencentes a esta subescala, destaca-se como o de menor variabilidade ($r=0.514$) o item 12 “Sofre de insónia?” e o de maior variabilidade ($r=0.768$) o item 10 “Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?”.

Tabela 21 - Correlação dos itens com as subescalas e escala global da Personalidade

Nº Item	itens	Extroversão	Neuroticismo
1	Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	.667***	.119*
2	O seu humor tem altos e baixos?	.006	.738***
3	É uma pessoa cheia de vida?	.656***	-.135**
4	Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	-.122*	.691***
5	Gosta de se misturar com as pessoas?	.718***	.004
6	Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?	.261***	.434***
7	Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	.473***	.058
8	É perturbado por sentimentos de culpa?	-.045	.626***
9	Vai e diverte-se muito numa festa animada?	.720***	-.062
10	Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	-.097	.768***
11	Gosta de pregar partidas?	.620***	.016
12	Sofre de insónia?	-.023	.514***

A leitura da Tabela 22, relativa aos valores da matriz de correlação de Pearson entre subescalas e a personalidade, demonstra que há uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a extroversão vs. neuroticismo, o que significa que quanto mais extrovertidos menos neuróticos se apresentam os participantes no estudo

Tabela 22 - Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas e a personalidade

	Extroversão
Neuroticismo	-0.001

*** $p < 0.001$

1.4. Análise dos dados

Para o presente estudo fizemos uso da estatística descritiva e analítica ou inferencial.

Na **estatística descritiva**, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como média e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento e de associação de acordo com as características inerentes às variáveis em estudo.

De acordo com Pestana e Gageiro (2009), o coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados do seguinte modo:

Coeficiente de variação Classificação do Grau de dispersão

0% - 15% Dispersão baixa

15% a 30% média ou moderada

> 30% Dispersão alta

- **Coeficiente de correlação de Pearson** é uma medida de associação linear usada para o estudo do comportamento conjunto de duas variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso, oscilando assim os valores entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, o aumento de uma variável estão associados em média à diminuição da outra. Caso a associação seja positiva, a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido (Pestana & Gageiro, 2009). Acresce ainda referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação (R^2) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra, e que tanto R como R^2 não exprimem relações de causalidade. A violação de normalidade afeta pouco o erro tipo 1 e a potência do teste principalmente quando se trabalham com grandes amostras.

Em relação às correlações de *Pearson* que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que, por convenção, Pestana e Gageiro (2009) sugerem que:

- $r < 0.2$ – associação muito baixa
- $0.2 \leq r < 0.39$ – associação baixa
- $0.4 \leq r < 0.69$ – associação moderada
- $0.7 \leq r < 0.89$ – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta

Relativamente à **estatística inferencial ou analítica**, esta permite-nos verificar se as relações existentes entre variáveis de uma amostra podem ser expandidas ao universo da população. Na análise inferencial fizemos uso da estatística paramétrica e não paramétrica.

Assim, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destacam-se:

- **Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;

- **Análise de variância a um facto (ANOVA)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. O teste One-Way Anova é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo.

Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias recorre-se habitualmente aos testes post hoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2009);

- **Teste de Qui- quadrado (X^2)** - para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as esperadas. Quando há relação entre as variáveis, o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de Qui-quadrado na medida em que os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis, isto é os valores elevados dos resíduos indicam uma relação de dependência entre as duas variáveis (Pestana & Gageiro, 2009). Os autores consideram como referencia valores superiores a 2.0.

- **Regressão linear simples e múltipla** é um modelo da estatística analítica usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas) informando o investigador sobre as margens de erro dessas previsões, permitindo determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente e quais possuem maior pelo preditivo.

Quando utilizamos apenas uma variável dependente e uma independente, efetuámos uma **regressão linear simples**. Por outro lado quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente efetuámos a **regressão linear múltipla**.

Na nossa investigação utilizámos os seguintes níveis de significância:

- $p < 0.05^*$ - Diferença estatística significativa
- $p < 0.01^{**}$ - Diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001^{***}$ - Diferença estatística altamente significativa
- $p > 0.005$ - Diferença estatística não significativa

Concluídas as considerações metodológicas relativas à investigação, iniciamos, no capítulo seguinte, a apresentação e análise de resultados.

2. Resultados

O presente capítulo está organizado em duas partes. Na primeira parte, recorre-se à estatística descritiva dos dados obtidos, permitindo uma leitura clara e objetiva dos mesmos, a segunda é dedicada à análise inferencial.

2.1. Análise descritiva

Optámos por apresentar apenas os resultados da análise descritiva referentes à restrição alimentar, sendo esta a variável dependente da presente investigação, de modo a que o trabalho não se tornasse tão exaustivo e porque o mesmo se insere num projeto de investigação que abarca outras investigadoras, que estudaram as restantes variáveis.

2.1.1. Restrição alimentar

Conforme referimos no capítulo da metodologia a escala de restrição alimentar comporta 10 itens cujo conteúdo pareceu-nos de extrema importância para o estudo da restrição alimentar, pelo que achamos pertinente analisá-los individualmente.

Frequência da dieta

Constatamos que no grupo de estudantes do género masculino, 48.2% referiu nunca ter feito dieta, seguindo-se 35.7% dos que fazem raramente, encontrando-se os percentuais mais baixos (10.7%) nos que quase sempre fazem dieta e nos que fazem sempre dieta (5.4%).

No que se refere ao género feminino, sobressaem 51.0% dos que raramente fazem dieta, seguindo-se-lhes 32.6% dos participantes que nunca a fazem. Os valores percentuais mais baixos foram obtidos para os participantes que quase sempre ou sempre fazem dieta (13.8%) e (2.6%) respetivamente.

A diferença encontrada entre a frequência da dieta e o género não é estaticamente significativa ($X^2=7.293$; $p=0.063$) (cf. Tabela 23).

Tabela 23 – Estatísticas relativas à frequência da dieta e género

Frequência da dieta	Masculino		Feminino		Residuais		X ²	p
	Nº	%	Nº	%	1	2		
Nunca	27	48.2	113	32.6	2.3	-2.3	7.293	.063
Raramente	20	35.7	177	51.0	-2.1	2.1		
Quase sempre	6	10.7	48	13.8	-.6	.6		
Sempre	3	5.4	9	2.6	1.1	-1.1		
Total	56	100	347	100				

Maior peso perdido num mês

Quando questionados sobre qual a maior quantidade de peso perdido num mês, apurou-se que, em ambos os grupos, os valores percentuais mais elevados encontraram-se nos que perderam até 2 Kg (masculino 44.6%; feminino 47.3%). Salienta-se também que quer os estudantes do género masculino (26.8%), quer os do género feminino (34.3%), referiram que perderam peso num mês entre 2.1 e 4.5 Kg. O valor mais baixo registado, nos participantes do género masculino, foi 5.4% que correspondem aos que perderam entre 7.1kg a 9.5 Kg num mês, enquanto nos participantes do género feminino foi 2.6% correspondentes aos que perderam mais de 9.5 Kg num mês.

A diferença encontrada entre a maior quantidade de peso perdido num mês e o género não é estaticamente significativa, dado que se obteve um $X^2=4.955$ ($p=0.292$) (cf. Tabela 24).

Tabela 24 – Estatísticas relativas à maior quantidade de peso perdido num mês e género

Maior quantidade de peso perdido num mês	Masculino		Feminino		Residuais		X ²	p
	Nº	%	Nº	%	1	2		
Entre 0 e 2 Kg	25	44.6	164	47.3	-.4	.4	4.955	.292
Entre 2.1 e 4.5 Kg	15	26.8	119	34.3	-1.1	1.1		
Entre 4.6 e 7 Kg	9	16.1	43	12.4	.8	-.8		
Entre 7.1 e 9.5 Kg	3	5.4	12	3.5	.7	-.7		
Mais de 9.5 Kg	4	7.1	9	2.6	1.8	-1.8		
Total	56	100	347	100				

Máxima quantidade de peso ganho numa semana

Em sentido oposto procuramos saber qual a máxima quantidade de peso ganho numa semana, tendo-se constatado que, no género masculino, com idêntico valor percentual (26.8%), sobressaem os que até 0,5 Kg e entre 0.55 e 1 Kg. Todavia, o valor percentual mais elevado (37.5%) corresponde aos participantes que perderam entre 1.05 e 1.5 Kg numa semana. Já no grupo dos estudantes do género feminino, 42.4% perderam até 0,5 Kg, seguindo-se os 34.9% que perderam entre 0.55 e 1 Kg. O valor percentual menos represen-

tativo 2% corresponde às que perderam mais de 2.55 Kg numa semana. Entre os grupos encontramos significância estatística $X^2=15.545$ ($p=0.004$) localizado pelos valores residuais entre os que perderam entre 1 a 1,5kg do género masculino e até 0.5kg e do género feminino (cf. Tabela 25).

Tabela 25 – Estatísticas relativas à máxima quantidade de peso ganho numa semana e género

Género	Masculino		Feminino		Residuais		X^2	p
	Nº	%	Nº	%	1	2		
Máxima quantidade de peso ganho numa semana								
Entre 0 e 0.5 Kg	15	26.8	147	42.4	-2.2	2.2	15.545	.004
Entre 0.55 e 1 Kg	15	26.8	121	34.9	-1.2	1.2		
Entre 1.05 e 1.5 Kg	21	37.5	57	16.4	3.7	-3.7		
Entre 1.55 e 2.5 Kg	3	5.4	15	4.3	.3	-.3		
Mais de 2.55 Kg	2	3.6	7	2.0	.7	-.7		
Total	56	100	347	100				

Variação do peso numa semana normal

Em relação à variação do peso numa semana normal, constatou-se que quer os estudantes do género masculino (60.7%), quer os do género feminino (68.6%) acreditam que este pode variar até 0.5 Kg. De igual modo, em ambos os grupos, sobressaem os percentuais alcançados em relação a uma variação de peso entre 0.55 e 1 Kg (masculino 35.7%; feminino 26.5%).

Verificou-se que a diferença encontrada entre a variação de peso numa semana normal e o género não é estaticamente significativa, porque se registou um $X^2=3.676$ ($p=0.452$) (cf. Tabela 26).

Tabela 26 – Estatísticas relativas à variação do peso numa semana normal e género

Género	Masculino		Feminino		Residuais		X^2	p
	Nº	%	Nº	%	1	2		
Variação do peso numa semana normal								
Entre 0 e 0.5 Kg	34	60.7	238	68.6	-1.2	1.2	3.676	.452
Entre 0.55 e 1 Kg	20	35.7	92	26.5	1.4	-1.4		
Entre 1.05 e 1.5 Kg	1	1.8	14	4.0	-.8	.8		
Entre 1.55 e 2.5 Kg	1	1.8	2	0.6	1.0	-1.0		
Mais de 2.55 Kg	0	0	1	0.3	-.4	.4		
Total	56	100	347	100				

A variação de 2.5 Kg pode afetar a forma como vive

Instados a pronunciarem-se se a variação de 2.5kg poderia afetar a forma como vive, ambos os grupos, 42.9% dos homens e 32.6% das mulheres acreditam que poderia mudar

levemente partilham essa mesma opinião. Todavia, 30.4% dos estudantes do género masculino consideram que essa variação de peso de modo algum mudaria a sua forma de viver, mas 31.1% do género feminino considera que a variação de 2.5 Kg afetaria modernamente a sua forma de viver. Salienta-se ainda o percentual de 18.7% das mulheres que consideram que essa variação de peso afetaria muito a sua vida, sendo partilhada essa mesma opinião por 10.7% dos homens. Entre os grupos as diferenças são significativas ($X^2=11.093$; $p=0.011$) localizadas entre os que referem moderadamente e género feminino e de modo nenhum e género masculino (cf. Tabela 27).

Tabela 27 – Estatísticas relativas à variação de 2.5 Kg poder afetar a forma como vive e género

Género	Masculino		Feminino		Residuais		X^2	p
	Nº	%	Nº	%	1	2		
Varição de 2.5 Kg poder afetar a forma como vive								
De modo nenhum	17	30.4	61	17.6	2.2	-2.2	11.093	.011
Levemente	24	42.9	113	32.6	1.5	-1.5		
Moderadamente	9	16.1	108	31.1	-2.3	2.3		
Muito	6	10.7	65	18.7	-1.5	1.5		
Total	56	100	347	100				

Comer menos quando se encontra acompanhado

Os resultados obtidos revelam que quer os estudantes do género masculino (53.6%), quer os do género feminino (44.1%), referiram que raramente comem menos quando estão com outras pessoas. Importa também referir que 42.9% dos homens e 40.6% das mulheres mencionaram que nunca comem menos quando acompanhados. É ainda relevante o valor percentual (12.7%) correspondente às mulheres que referiram que quase sempre comem menos quando se fazem acompanhar de outras pessoas.

A diferença encontrada entre o comer menos quando acompanhados por outras pessoas e o género não é estaticamente significativa, ($X^2=5.970$; $p=0.113$) (cf. Tabela 28).

Tabela 28 – Estatísticas relativas ao comer menos quando se encontra acompanhado e género

Género	Masculino		Feminino		Residuais		X^2	p
	Nº	%	Nº	%	1	2		
Comer menos quando se encontra acompanhado								
Nunca	24	42.9	141	40.6	.3	-.3	5.970	.113
Raramente	30	53.6	153	44.1	1.3	-1.3		
Quase sempre	2	3.6	44	12.7	-2.0	2.0		
Sempre	0	0	9	2.6	-1.2	1.2		
Total	56	100	347	100				

Passar muito tempo a pensar no que comer

Quando questionados sobre se passam muito tempo a pensar no que vai comer, mais de metade dos estudantes do género masculino (55.4%) e do género feminino (59.1%) referiu que raramente o fazem. No grupo de estudantes do género masculino é também relevante o valor percentual encontrado em relação aos que referiram que nunca passam muito tempo a pensar no que vão comer (28.6%). O mesmo ocorre para os 22.2% das mulheres que afirmaram que quase sempre passam muito tempo a pensar no que irão comer. Os valores percentuais mais baixos correspondem, para ambos os géneros, que referem passar muito tempo a pensar no que vão comer (masculino 3.6%; feminino 2.6%). Entre os grupos as diferenças não são significativas ($X^2=6.627$; $p=0.085$) (cf. Tabela 29).

Tabela 29 – Estatísticas relativas ao passar muito tempo a pensar no que comer e género

Género	Masculino		Feminino		Residuais		X^2	p
	Nº	%	Nº	%	1	2		
Passar muito tempo a pensar no que comer								
Nunca	16	28.6	56	16.1	2.3	-2.3	6.627	.085
Raramente	31	55.4	205	59.1	-.5	.5		
Quase sempre	7	12.5	77	22.2	-1.7	1.7		
Sempre	2	3.6	9	2.6	.4	-.4		
Total	56	100	347	100				

Sentir-se culpado por ter comido em excesso

Constatou-se que mais de metade dos estudantes do género masculino (55.4%) referiu que nunca se sente culpado por ter comido em excesso, enquanto 33.9% dizem sentir-se culpados raramente, sendo esta uma opinião também partilhada por 39.8% dos estudantes do género feminino. Todavia, há a ressaltar que 26.5% das mulheres afirmam que quase sempre se sentem culpadas por ter comido em excesso e 11.5% assumem sempre esse sentimento de culpa.

Entre as variáveis em estudo as diferenças são significativas ($X^2=30.907$; $p=0.000$) que se verificam entre os que nunca têm sentimentos de culpa e género masculino e que tem sentimentos de culpa e género feminino (cf. Tabela 30).

Tabela 30 – Estatísticas relativas a sentir-se culpado por comer em excesso e género

Género	Masculino		Feminino		Residuais		X^2	p
	Nº	%	Nº	%	1	2		
Sentir-se culpado por comer em excesso								
Nunca	31	55.4	77	22.2	5.2	-5.2	30.907	.000
Raramente	19	33.9	138	39.8	-.8	.8		
Quase sempre	5	8.9	92	26.5	-2.9	2.9		
Sempre	1	1.8	40	11.5	-2.2	2.2		
Total	56	100	347	100				

Máximo de peso acima do normal

Finalmente quando questionados qual foi o máximo que chegou a pesar acima do normal, os dados obtidos mostram que 26.8% dos participantes do gênero masculino referiram se situou entre 0.55 e 2.5 Kg, mas é relevante os 25% dos que pesaram mais de 10 Kg. No grupo das participantes do gênero feminino, verificou-se que 29.4% admitiram que chegaram a pesar, acima do normal, entre 0.55 e 2.5 Kg, destacando-se os que chegaram a pesar entre 5.05 e 10 Kg (14.7%) e mais de 10 Kg (15%).

A diferença encontrada, entre o máximo de peso acima do normal e o gênero, não é estaticamente significativa, conforme teste de qui quadrado ($X^2=3.932$; $p=0.415$) (cf. Tabela 31).

Tabela 31 – Estatísticas relativas ao máximo de peso acima do normal e gênero

Gênero Máximo de peso acima do normal	Masculino		Feminino		Residuais		X^2	p
	Nº	%	Nº	%	1	2		
Entre 0 e 0.5 Kg	11	19.6	67	19.3	.1	-.1	3.932	.415
Entre 0.55 e 2.5 Kg	15	26.8	102	29.4	-.4	.4		
Entre 2.55 e 5 Kg	10	17.9	75	21.6	-.6	.6		
Entre 5.05 e 10 Kg	6	10.7	51	14.7	-.8	.8		
Mais de 10 Kg	14	25.0	52	15.0	1.9	-1.9		
Total	56	100	347	100				

No que se refere ao total da restrição alimentar, em conformidade com os grupos de coorte estabelecidos (cf. Tabela 32), pode dizer-se que 45.2% das mulheres apresentam elevada restrição alimentar, comparativamente aos homens cujo percentual é 35.7%.

Constata-se que 48.6% dos alunos do 1º ano, 48.6% dos alunos do 2º ano, 51.7% a frequentarem o 3º ano e 53.1% o 4º ano revelam baixa restrição alimentar, contrariamente aos 55.7% dos que se encontram na pós-graduação/mestrado que revelam elevada restrição alimentar.

Tendo em conta os dados apurados, salientamos que sobressaem os estudantes que não têm atividade remunerada com baixa restrição alimentar (49.3%), enquanto 46.6% dos que possuem atividade remunerada apresentam elevada restrição alimentar.

Verifica-se que em ambos os grupos de estudantes, bolseiros (47.9%) e não bolseiros (47.9%), prevalecem os que apresentam baixa restrição alimentar.

No grupo de estudantes com idade igual ou inferior aos 20 anos predominam 51.0% dos que baixa restrição alimentar, bem como os 47.9% dos que se situam na faixa etária dos 21-22 anos, enquanto 47.3% dos estudantes com idade igual ou superior aos 23 anos revelam elevada restrição alimentar.

No grupo de estudantes solteiros/divorciados, há um predomínio dos que revelam baixa restrição alimentar (51.3%), enquanto no grupo dos estudantes casados/união de facto prevalecem os que apresentam elevada restrição alimentar (67.4%).

Prevalecem nos estudantes que residem em meio rural (49.1%) e nos residentes em meio urbano (47.1%) os que revelam baixa restrição alimentar.

Os percentuais mais elevados para os estudantes que coabitam sozinhos (47.1%) e para os que residem com amigos/residência (47.3%) recaem na elevada restrição alimentar, contrariamente os que coabitam com familiares, onde prevalecem os que apresentam baixa restrição alimentar (49.8%).

No grupo de estudantes que se desloca para a escola a pé, constatamos um idêntico percentual (46.9%, respetivamente) para os que revelam baixa restrição alimentar e elevada restrição alimentar. Os participantes que se deslocam a pé revelam, sobretudo, baixa restrição alimentar (48.5%).

Os estudantes com baixo peso (83.3%) e os que têm peso normal (53.6%) apresentam essencialmente baixa restrição alimentar, contrariamente aos participantes que possuem pré-obesidade (72.7%) e os que têm obesidade (83.3%) que revelam elevada restrição alimentar.

Sobressaem os estudantes sem sonolência com baixa restrição alimentar (50.2%), enquanto no grupo dos que revelam sonolência há um predomínio dos que têm elevada restrição alimentar (49.3%).

Tabela 32 – Estatísticas relativas aos grupos de coorte da restrição alimentar

Variáveis	Baixa		Moderada		Elevada		Total		Residuais		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº (403)	% (100.0)	1	2	3
Género											
Masculino	32	57,1	4	7,1	20	35,7	56	13,9	1.5	-.3	-1.3
Feminino	161	46,4	29	8,4	157	45,2	347	86,1	-1.5	.3	1.3
Idade											
<= 20 anos	79	51,0	12	7,7	64	41,3	155	38,5	1.0	-.3	-.8
21 - 22 anos	57	47,9	10	8,4	52	43,7	119	29,5	.0	.1	-.1
>= 23 anos	57	44,2	11	8,5	61	47,3	129	32,0	-1.0	.2	.9
Estado civil											
Solteiro/divorciado	183	51,3	28	7,8	146	40,9	357	88,6	3.8	-.7	-3.4
Casado/união facto	10	21,7	5	10,9	31	67,4	46	11,4	-3.8	.7	3.4
Zona de residência											
Rural	81	49,1	12	7,3	72	43,6	165	40,1	.4	-.6	-.1
Urbana	112	47,1	21	8,8	105	44,1	238	59,1	-.4	.6	.1
Ano em que está inscrito											
1º ano	34	48,6	7	10,0	29	41,4	70	17,4	.1	.6	-.5
2º ano	35	48,6	4	5,6	33	45,8	72	17,9	.1	-.9	.4
3º ano	45	51,7	8	9,2	34	39,1	87	21,6	.8	.4	-1.0
4º ano	60	53,1	6	5,3	47	41,6	113	28,0	1.3	-1.3	-.6
Pós-Graduação/Mestrado	19	31,1	8	13,1	34	55,7	61	15,1	-2.8	1.5	2.0
Atividade remunerada											
Não	148	49,3	23	7,7	129	43,0	300	74,4	1.0	-.7	-.6
Sim	45	43,7	10	9,7	78	46,6	103	25,6	-1.0	.7	.6
Ser bolseiro											
Não	123	47,9	21	8,2	113	44,0	257	63,8	.0	.0	.0
Sim	70	47,9	12	8,2	64	43,8	146	36,2	.0	.0	.0
Coabitação											
Sozinho	7	41,2	2	11,8	8	47,1	17	4,2	-.6	.5	.3
Amigos/residência	78	46,2	11	6,5	80	47,3	169	41,9	-.6	-1.0	1.2
Familiares	108	49,8	20	9,2	89	41,0	217	53,8	.8	.8	-1.3
Meio de deslocação para a escola											
A pé	67	46,9	9	6,3	67	46,9	143	35,5	-.3	-1.0	.9
Veículo motorizado	126	48,5	24	9,2	110	42,3	260	64,5	.3	1.0	-.9
IMC											
Baixo peso	20	83,3	0	0,0	4	16,7	24	6,0	3.6	-1.5	-2.8
Peso normal	158	53,6	27	9,2	110	37,3	295	73,2	3.8	1.2	-4.4
Pré-obesidade	14	21,2	4	6,1	48	72,7	66	16,4	-4.7	-.7	5.2
Obesidade	1	5,6	2	11,1	15	83,3	18	4,5	-3.7	.5	3.4
Sonolência											
Sem sonolência	128	50,2	23	9,0	104	40,8	255	63,3	1.2	.8	-1.7
Com sonolência	65	43,9	10	6,8	73	49,3	148	36,7	-1.2	-.8	1.7

Em síntese:

- no grupo de estudantes do género masculino, 48.2% referiu nunca ter feito dieta; no que se refere aos estudantes do género feminino, sobressaem 51.0% dos que raramente fazem dieta;

- quanto à maior quantidade de peso que os estudantes possam ter perdido num mês, em ambos os grupos, os valores percentuais mais elevados foram para entre 0 e 2 Kg (masculino 44.6%; feminino 47.3%);

- no que concerne à máxima quantidade de peso ganho numa semana, no grupo de estudantes do género masculino, o valor percentual mais elevado corresponde a 37.5% dos participantes que perderam entre 1.05 e 1.5 Kg numa semana; já no grupo dos estudantes

do género feminino, 42.4% perderam entre 0 e 0,5 Kg numa semana, seguindo-se 34.9% que perderam entre 0.55 e 1 Kg.

- em relação à variação do peso numa semana normal, quer homens (60.7%), quer mulheres (68.6%) acreditam que este pode variar entre 0. e 0.5 Kg;

- relativamente à possibilidade da variação de 2.5 Kg poder afetar a forma como os participantes vivem, em ambos os grupos, os valores percentuais mais elevados correspondem a 42.9% dos homens que acreditam que poderia mudar levemente e a 32.6% das mulheres que partilham essa mesma opinião;

- quer os homens (53.6%), quer as mulheres (44.1%), referiram que raramente comem menos quando estão com outras pessoas;

- 55.4% dos homens e 59.1% das mulheres referiram que raramente passam muito tempo a pensar no que vai comer.

- mais de metade dos homens (55.4%) referiu que nunca se sente culpado por ter comido em excesso, enquanto 39.8% das mulheres dizem sentir-se culpadas raramente; contudo 26.5% das mulheres afirmaram que quase sempre se sentem culpadas por ter comido em excesso;

- 26.8% dos homens referiram que o máximo de peso que chegaram a pesar acima do seu peso normal foi entre 0.55 e 2.5 Kg, sendo também relevante o valor percentual de 25% dos que pesaram mais de 10 Kg acima do peso normal; 29.4% das mulheres admitiram que chegaram a pesar, acima do normal, entre 0.55 e 2.5 Kg, destacando-se também 21.6% que pesaram entre 2.55 e 5 Kg, 19.3% entre 0 e 0.5 Kg.

2.2. Análise inferencial

Após a caracterização da amostra face às diversas variáveis em estudo, iremos, neste subcapítulo, proceder à análise inferencial dos dados, mediante a aplicação da estatística analítica, com a finalidade de darmos resposta às questões de investigação

Que variáveis sociodemográficas e académicas interferem na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem?

Restrição alimentar e o género

Em conformidade com os dados expostos na Tabela 33, observa-se que os estudantes do género masculino se preocupam mais com as flutuações do peso, onde obtiveram uma ordem média mais elevada (OM=225.28), contrariamente às estudantes do género feminino que se preocupam mais com a dieta (OM=211.61) e com a restrição alimentar (OM= 205.68), sendo a diferença estatisticamente significativa ($p=.000$). Deste modo, pode dizer-se que as mulheres preocupam-se mais com a dieta do que os homens.

Tabela 33 - Relação entre a restrição alimentar e género

Restrição alimentar	Género		UMW	p
	Masculino	Feminino		
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Preocupação com a dieta	142.47	211.61	6382.500	.000
Flutuações do peso	225.28	198.24	8412.500	.105
Total da restrição alimentar	179.20	205.68	8439.000	.114

Restrição alimentar e a idade

No que se refere à influência da variável idade na restrição alimentar, constatou-se que a mesma interferiu apenas nas flutuações de peso ($p=0.009$), onde os estudantes com idade igual ou superior a 23 anos obtiveram pontuações mais elevadas ($M=18.24 \pm 4.29$ dp). Na globalidade, são também os participantes desta faixa etária que mais se preocupam com a restrição alimentar (cf. Tabela 34).

Tabela 34 - Relação entre a restrição alimentar e idade

Restrição alimentar	Idade		21-22 anos		>= 23 anos		f	p
	<= 20 anos		Média	Dp	Média	Dp		
Preocupação com a dieta	10.34	3.031	7.59	2.472	17.93	4.915	.158	.854
Flutuações do peso	10.37	2.696	7.86	2.332	18.24	4.294	4.735	.009
Total da restrição alimentar	10.19	2.534	8.51	2.856	18.71	4.479	1.010	.365

Restrição alimentar e o estado civil

Apurou-se que a variável estado civil interfere estatisticamente nas flutuações do peso ($p=.000$) e no total da restrição alimentar ($p=.006$). Observando-se os valores da ordenação média, constata-se que são os estudantes solteiros/divorciados que revelam a média mais elevada na preocupação com a dieta (OM=200.76), enquanto os que são casados/união de facto pontuaram mais nas flutuações de peso (OM=262.49) e no total da restrição alimentar (OM=246.42) (cf. Tabela 35).

Tabela 35 - Relação entre a restrição alimentar e o estado civil

Restrição alimentar	Estado civil	Casado/união de facto	UMW	p
	Solteiro/divorciado	Ordenação Média		
Preocupação com a dieta	200.76	211.59	7770.000	.551
Flutuações do peso	194.21	262.49	5428.500	.000
Total da restrição alimentar	196.28	246.42	6167.500	.006

Restrição alimentar e a zona de residência

A análise dos dados expostos na Tabela 36 revela que não existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da restrição alimentar e no total ($p > 0.005$), sugerindo que esta variável não interfere na restrição alimentar. Fazendo-se uma análise aos valores médios, verifica-se que são os estudantes do meio rural a preocuparam-se mais com a dieta ($M=10.44 \pm 2.721$ dp) e com as flutuações do peso ($M=8.03 \pm 2.55$ dp), o que indica que são estes os participantes com maior restrição alimentar.

Tabela 36 - Relação entre a restrição alimentar e a zona de residência

Restrição alimentar	Zona de residência		Meio urbano		Leven,s p	t	p
	Meio rural Média	Dp	Média	Dp			
Preocupação com a dieta	10.44	2.721	10.21	2.81	.776	.826	.409
Flutuações do peso	8.03	2.55	7.92	2.614	.882	.388	.698
Total da restrição alimentar	18.47	4.494	18.13	4.677	.855	.716	.474

Restrição alimentar e a coabitação

Procurou-se saber se a avariável coabitação influencia a restrição alimentar dos estudantes de enfermagem, tendo-se verificado que as diferenças encontradas foram na preocupação com a dieta ($p=.007$) e nas flutuações do peso ($p=.029$). Na globalidade, as médias mais elevadas são as dos estudantes que vivem sozinhos, sugerindo que estes participantes são os que apresentam mais restrição alimentar (Tabela 37).

Tabela 37 - Relação entre a restrição alimentar e a coabitação

Restrição alimentar	Coabitação	Amigos/colegas	Familiares	X ²	p
	Sozinho	Ordenação Média	Ordenação Média		
Preocupação com a dieta	232.91	220.34	185.29	9.975	.007
Flutuações do peso	270.76	193.10	203.55	7.047	.029
Total da restrição alimentar	255.62	207.57	193.46	5.178	.075

Restrição alimentar e o ano que está inscrito

Verificou-se que a variável ano que está inscrito influenciou estatisticamente a dimensão flutuações do peso ($=.039$), onde foram os participantes a frequentarem a pós-graduação/mestrado a revelarem uma média mais elevada ($OM=235.25$). Foram estes estudantes que, na globalidade, obtiveram valores médios mais elevados, sugerindo que são estes que mais se preocupam com a restrição alimentar (cf. Tabela 38).

Tabela 38 - Relação entre a restrição alimentar e o ano em que está inscrito

Ano que está inscrito	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	Pós-graduação /mestrado	χ^2	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Preocupação com a dieta	199.18	217.90	195.51	190.70	216.65	3.726	.444
Flutuações do peso	174.39	190.11	208.53	203.69	235.25	10.091	.039
Total da restrição alimentar	185.60	204.49	200.30	196.32	230.81	5.463	.243

Restrição alimentar e a atividade remunerada

A ordenação média revela que são os estudantes que não têm atividade remunerada a ter mais preocupação com a sua dieta ($OM=202.77$), enquanto os participantes que possuem atividade remunerada se preocupam mais com as flutuações de peso ($OM=218.22$). Salienta-se que, no total da restrição alimentar, o valor médio mais alto é o dos estudantes com atividade remunerada ($OM=209.14$). Não existem diferenças estatisticamente significativas ($p>0.005$), sugerindo que esta variável não influencia a restrição alimentar dos sujeitos da amostra (cf. Tabela 39).

Tabela 39 - Relação entre a restrição alimentar e atividade remunerada

Atividade remunerada	Não	Sim	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Preocupação com a dieta	202.77	199.77	15220.500	.821
Flutuações do peso	196.43	218.22	13779.000	.099
Total da restrição alimentar	199.55	209.14	14715.000	.470

Restrição alimentar e ser bolsheiro

Constatou-se que a variável ser bolsheiro não interferiu estatisticamente a restrição alimentar ($p>0.005$). Contudo, ao observar-se os valores médios, infere-se que são os participantes que são bolsheiros a revelar uma média mais elevada na preocupação com a dieta ($M=10.32\pm 2.970$ dp), enquanto os que não são bolsheiros se preocupam mais com as flutua-

ções do peso, tendo obtido a média de 8.10 ± 2.605 dp. No global, quem revela mais restrição alimentar são os não bolseiros, tendo obtido a média mais elevada no total da restrição alimentar ($M=18.40 \pm 4.426$ dp) (cf. Tabela 40).

Tabela 40 - Relação entre a restrição alimentar e ser bolseiro

Restrição alimentar	Bolseiro		Não		Sim		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
Preocupação com a dieta	10.29	2.664	10.32	2.970	.220	-.091	.928		
Flutuações do peso	8.10	2.605	7.73	2.544	.962	1.390	.165		
Total da restrição alimentar	18.40	4.426	18.05	4.900	.233	.725	.469		

Restrição alimentar e a forma como se deslocam de casa para a escola

Verificou-se que as diferenças encontradas entre a forma como os estudantes se deslocam de casa para a escola e a restrição alimentar não foram estatisticamente significativas ($p=0.005$). Contudo, ao fazer-se uma análise dos valores médios, verifica-se que os estudantes que vão a pé de casa para a escola se preocupam mais com a sua dieta ($M=10.65 \pm 2.737$ dp), enquanto os que se deslocam num veículo motorizado se preocupam mais com as flutuações do peso ($M=8.06 \pm 2.625$ dp). Foram os participantes que se deslocam a pé que obtiveram a média mais elevada no que se refere ao total da restrição alimentar ($M=18.44 \pm 4.649$ dp) (cf. Tabela 41).

Tabela 41 - Relação entre a restrição alimentar e a forma como se deslocam de casa para a escola

Deslocação de casa/escola Restrição alimentar	A pé		Veículo motorizado		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Preocupação com a dieta	10.65	2.737	10.11	2.783	.901	1.857	.064
Flutuações do peso	7.79	2.513	8.06	2.625	.684	-.996	.320
Total da restrição alimentar	18.44	4.649	18.18	4.579	.546	.557	.578

Qual o efeito da variável antropométrica na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem?

Restrição alimentar e o IMC

Apurou-se que as diferenças encontradas entre a restrição alimentar e o IMC foram significativas quer para a preocupação com a dieta ($p=.000$), flutuações do peso ($p=.000$) e Total da restrição alimentar ($p=.000$), sugerindo uma influência desta variável independente na variável dependente. Quanto à ordenação média, os valores mais elevados são os obtidos pelos estudantes com pré-obesidade e obesidade, sobressaindo a média de 256.95 dos

pré-obesos na preocupação com a dieta e a média de 329.03 dos com obesidade em relação às flutuações do seu peso, sendo estes que pontuaram mais no total da restrição alimentar, pois obteve-se a média de 295.62 (cf. Tabela 42).

Tabela 42 - Relação entre a restrição alimentar e o IMC

Restrição alimentar	IMC				X ²	p
	Baixo peso	Peso normal	Pré-obesidade	Obesidade		
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Preocupação com a dieta	137.35	193.47	256.95	226.53	24.767	.000
Flutuações do peso	147.38	180.19	284.71	329.03	71.292	.000
Total da restrição alimentar	129.44	184.17	282.62	295.28	59.644	.000

Qual a relação das variáveis contextuais ao sono na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem?

Restrição alimentar e sonolência diurna – hábitos de sono

De acordo com os dados obtido, pode afirmar-se que há relação entre a sonolência diurna e a preocupação com a dieta ($p=.028$), tendo sido os estudantes com sonolência diurna a revelar a média mais elevada ($M=10,70\pm 2,956$ dp). Importa também salientar que foram os participantes com sonolência diurna os que revelam índices de maior restrição alimentar, pois, no total obtiveram a média de $18,85\pm 4,815$ dp (cf. Tabela 43).

Tabela 43 - Relação entre a restrição alimentar e a sonolência diurna

Restrição alimentar	Sonolência diurna		Sem sonolência		Com sonolência		Leven,s p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp			
Preocupação com a dieta	10,07	2,643	10,70	2,956	.017	-2,200	,028		
Flutuações do peso	7,86	2,548	8,14	2,650	.563	-1,055	,292		
Total da restrição alimentar	17,94	4,446	18,85	4,815	.162	-1,921	,055		

Qual a relação das variáveis psicológicas na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem?

Regressão múltipla com variáveis sociodemográficas, variáveis psicológicas e de contexto do sono com a preocupação com a dieta

Pretendeu-se avaliar a influência das variáveis sociodemográficas (sexo e idade), variáveis psicológicas (depressão, ansiedade, stresse, personalidade e sonolência diurna) na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem. Para o efeito, efetuou-se análises de regressões múltiplas, pois este é o método mais utilizado para realizar análises multivaria-

das, particularmente quando se pretende estudar mais que uma variável independente de natureza quantitativa em simultâneo e uma variável dependente também quantitativa. O método de estimação usada foi o de stepwise (passo a passo) que originam tantos modelos quantos os necessários até se conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente.

Quanto à preocupação com a dieta, a Tabela 44 demonstra que as correlações que as variáveis independentes estabelecem entre si oscilam entre ($r = -.044$) na extroversão ($r = .297$) na depressão. Averiguamos, ainda, que o género masculino e a extroversão estabelecem relações negativas e significativas. Somente não se encontraram significância estatística para a extroversão ($p = 0.192$).

Tabela 44 - Preocupação com a dieta e variáveis independentes

Variáveis	r	p
Idade	,089	,037
Masculino	-,205	,000
Feminino	,205	,000
Depressão	,297	,000
Ansiedade	,213	,000
Stresse	,238	,000
Extroversão	-,044	,192
Neuroticismo	,230	,000
Sonolência diurna	,125	,006

As variáveis preditoras da preocupação com a dieta são a depressão, o género masculino e a idade, explicando 15.5% da variação com a preocupação com a dieta, sendo a variância explicada ajustada de 14.8%. O erro padrão de regressão é 2.561, e os teste F ($f = 12.178$; $p = 0.001$) e o valor de t ($t = 15.963$; $p = 0.000$), apresentam significância estatística, o que nos leva a inferir que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a preocupação com a dieta.

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que a depressão e a idade estabelecem uma relação direta com a preocupação com a dieta, significando que quanto mais deprimidos e mais velhos maior é a preocupação dos estudantes com a dieta. Por outro lado, constata-se que o género masculino estabelece uma relação inversa, sugerindo que é menor a preocupação dos homens com a dieta. A *variance inflation factor* (VIF) indica a inexistência de colinearidade, uma vez que estes valores são inferiores a 5 (cf. Tabela 45).

Termina-se com a apresentação do modelo final ajustado para a preocupação com a dieta, de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Preocupação com a dieta} = 8.123 + (1.23 \text{ depressão}) + \text{sexo masculino} (-1.732) + \text{idade} (.068)$$

Tabela 45 – Regressão múltipla entre a preocupação com a dieta (total) e as variáveis independentes

Variável dependente: Preocupação com a dieta (global)					
R = 0.393					
R ² = 0.155					
R ² Ajustado = 0.148					
Erro padrão da estimativa = 2,561					
Incremento de R ² = 0.026					
F = 12,178					
P = 0.001					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente b	Coefficiente beta	t	p	Colinearidade VIF
Constante	8,123	-	15,963	.000	-
Depressão	.197	,323	6,916	.000	1.030
Sexo masculino	-1,732	-,216	-4,676	.000	1.008
Idade	.068	,164	3,490	.001	1.039
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	479,493	3	159,831		
Residual	2617,966	399	6,561	24,360	0.000
Total	3097,459	402			

Regressão múltipla com variáveis sociodemográficas, variáveis psicológicas e de contexto do sono com a flutuação de peso

No que concerne à flutuação do peso, nota-se que as correlações entre esta subescala e as variáveis independentes são classificadas de fracas com a extroversão ($r=-0.058$) e com o género masculino ($r=-0.074$). As restantes correlações são positivas. Só não se encontraram diferenças estatísticas no género masculino e feminino e na extroversão (cf. Tabela 46).

Tabela 46 – Flutuação do peso e variáveis independentes

Variáveis	r	p
Idade	,163	,001
Masculino	,074	,069
Feminino	-,074	,069
Depressão	,160	,001
Ansiedade	,094	,030
Stresse	,097	,026
Extroversão	-,058	,123
Neuroticismo	,096	,028
Sonolência diurna	,103	,020

As variáveis preditoras da flutuação com o peso são a idade e a depressão, explicando 0.63% da variação com a flutuação do peso, sendo a variância explicada ajustada de 0.58%. O erro padrão de regressão é 2.509, e os teste F ($f=15.612$; $p=0.000$) e o valor de t ($t=11.473$; $p=0.000$), apresentam significância estatística, significando que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a flutuação do peso.

Pelos coeficientes padronizados beta, nota-se que a idade e a depressão estabelecem uma relação direta com a flutuação com o peso, indicando que quanto mais velhos e mais deprimidos maior é a preocupação dos estudantes com a flutuação do peso. A *variance inflation factor* (VIF) mostra a inexistência de colinearidade, pois estes valores são inferiores a 5 (cf. Tabela 47).

Termina-se com a apresentação do modelo final ajustado para a preocupação com a flutuação do peso, de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Flutuação do peso} = 5.720 + (.076 \text{ idade}) + \text{depressão} (.110)$$

Tabela 47 – Regressão múltipla entre a flutuação do peso (total) e as variáveis independentes

Variável dependente: Flutuação do peso (global)					
R = 0.251					
R ² = 0.063					
R ² Ajustado = 0.058					
Erro padrão da estimativa = 2.509					
Incremento de R ² = 0.037					
F = 15,612					
P = 0.000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente b	Coeficiente beta	t	p	Colinearidade VIF
Constante	5,720	-	11,473	.000	-
Idade	.076	,196	3,993	.000	,971
Depressão	.110	,194	3,951	.000	,971
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	169,679	2	84,840 1		
Residual	2519,964	400	6,300	13,467	0.000
Total	2689,643	402			

Regressão múltipla entre as variáveis sociodemográficas, variáveis psicológicas e de contexto do sono com a restrição alimentar

Quanto ao total da restrição alimentar, constata-se que as correlações entre a mesma e as variáveis independentes são classificadas de negativas com o gênero

masculino ($r=-0.082$) e com a extroversão ($r=-0.059$). As restantes correlações são positivas. Apenas não se encontraram diferenças estatísticas no género masculino e feminino e na extroversão (cf. Tabela 48).

Tabela 48 – Total da restrição alimentar e variáveis independentes

Variáveis	r	p
Idade	.145	.002
Masculino	-.082	.050
Feminino	.082	.050
Depressão	.270	.000
Ansiedade	.182	.000
Stresse	.198	.000
Extroversão	-.059	.119
Neuroticismo	.193	.000
Sonolência diurna	.193	.004

Verifica-se que as variáveis predictoras da restrição alimentar são a depressão, a idade e o sexo masculino, explicando 12% da variação com restrição alimentar, sendo a variância explicada ajustada de 11.3%. O erro padrão de regressão é 4.332, e os teste F ($f=4.253$; $p=0.040$) e o valor de t ($t=16.070$; $p=0.000$), apresentam significância estatística, significando que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a restrição alimentar.

Os coeficientes padronizados beta mostram que a idade e a depressão estabelecem uma relação direta com a restrição alimentar, significando que quanto mais velhos e mais deprimidos maior é restrição alimentar dos estudantes. A variável sexo masculino apresenta uma relação inversa, sugerindo que é menor a restrição alimentar por parte dos homens. A *variance inflation factor* (VIF) aponta para a inexistência de colinearidade, na medida em que estes valores são inferiores a 5 (cf. Tabela 49).

Termina-se com a apresentação do modelo final ajustado para a preocupação com o total da restrição alimentar, de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Total da restrição alimentar} = 13.831 + (.307 \text{ depressão}) + \text{idade} (.142) + \text{sexo masculino} (-1.292)$$

Tabela 49 – Regressão múltipla entre a restrição alimentar (total) e as variáveis independentes

Variável dependente: Restrição alimentar (global)					
R = 0.346					
R ² = 0.120					
R ² Ajustado = 0.113					
Erro padrão da estimativa = 4.332					
Incremento de R ² = 0.009					
F = 4.253					
P = 0.040					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente b	Coefficiente beta	t	p	Colinearidade VIF
Constante	13.831	-	16.070	.000	-
Depressão	.307	.304	6.374	.000	1.030
Idade	.142	.206	4.305	.000	1.039
Sexo masculino	-1.292	-.097	-2.062	.004	1.008
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	1019.216	3	339.739		
Residual	7489.210	399	18.770	18.100	.000
Total	8508.427	402			

Em síntese:

- as variáveis sociodemográficas que interferiram na restrição alimentar, foram: o género, estando as mulheres mais preocupadas com a dieta e os homens com a flutuação de peso; a idade, tendo sido os estudantes na faixa etária igual ou superior aos 23 anos a revelarem valores médios superiores; ano que estão inscritos; estado civil, tendo sido os participantes casados/união de facto a preocupar-se mais com a flutuação do peso e a apresentar valores médios mais elevados no total da restrição alimentar;

- no que se refere às variáveis psicológicas, os estudantes com mais sonolência diurna revelaram-se mais preocupados com a flutuação do peso;

- os estudantes pré-obesos e obesos foram os que mostraram mais restrição alimentar, tendo obtidos valores médios mais elevados quer para a preocupação com a dieta, flutuação do peso, quer no total da restrição alimentar;

- a depressão e a idade estabelecem uma relação direta com a preocupação com a dieta, ou seja, quanto mais deprimidos e mais velhos maior é a preocupação dos estudantes com a dieta; o género masculino estabelece uma relação inversa, sugerindo que é menor a preocupação dos homens com a dieta;

- a idade e a depressão estabelecem uma relação direta com a flutuação com o peso, indicando que quanto mais velhos e mais deprimidos maior é a preocupação dos estudantes com a flutuação do peso;

- a idade e a depressão estabelecem uma relação direta com a restrição alimentar, significando que quanto mais velhos e mais deprimidos maior é restrição alimentar dos estudantes; a variável sexo masculino apresenta uma relação inversa, sugerindo que é menor a restrição alimentar por parte dos homens.

3. Discussão

Após a apresentação dos resultados obtidos da análise descritiva e da inferencial, procede-se à discussão metodológica e à discussão dos resultados.

3.1. Discussão metodológica

Os procedimentos metodológicos utilizados na investigação foram ao encontro dos objetivos traçados e das características da amostra selecionada. Foi eleito, como instrumento de recolha de dados, o questionário. Por outro lado, o extenso número de variáveis do estudo tornou a colheita de dados demorada e cansativa para os participantes.

Convém considerar as limitações inerentes à aplicação de instrumentos de recolha de dados em pessoas, porque os resultados dependem da honestidade e da sinceridade dos respondentes, uma vez que as respostas são dirigidas aos comportamentos desejáveis e não ao que realmente sucede.

O estudo elaborado, sendo transversal, apenas avalia o fenómeno em estudo no momento da investigação, fornecendo dados imediatos e utilizáveis, como tal, o seu alcance é mais limitado do que o estudo longitudinal, que permite a recolha de dados de forma periódica no mesmo grupo de participantes, o que permitiria avaliar as mudanças relativas às nossas variáveis no tempo (Fortin, 2009).

Face a isto, a investigação foi condicionada às opções metodológicas, o que impede de generalizar os resultados, necessitando também de confirmação de outros estudos do mesmo âmbito, mas com amostras mais alargadas.

Contudo e apesar das limitações da investigação, considera-se que os resultados obtidos permitem adquirir um conhecimento mais efetivo e real da amostra selecionada.

3.2. Discussão dos resultados

A amostra deste estudo é constituída por 403 estudantes de enfermagem, maioritariamente a frequentarem o 4º ano, com predomínio de mulheres, na faixa etária dos ≤ 20 anos, enquanto no grupo de estudantes do género masculino prevalecem os que têm ≥ 23 anos. Na amostra total, há um predomínio de participantes solteiros, residentes, maioritariamente, na cidade, a coabitar com os familiares. Verificou-se que em termos de habilitações literárias dos pais, sobressaíram (pais e mães) com habilitações literárias até ao 9º ano de escolaridade. Independentemente do género, os estudantes possuem apenas um irmão, bem como não possuem atividade remunerada e não são bolseiros. No que se refere ao IMC, quer os homens, quer as mulheres, na sua grande maioria, apresentam um peso normal. Na generalidade, em ambos os géneros, os estudantes deslocam-se para a escola num veículo motorizado, demorando as mulheres ≤ 10 minutos e os homens ≥ 21 minutos.

Em relação aos resultados que permitem responder à primeira questão de investigação, que constava na identificação das variáveis sociodemográficas e académicas que interferem na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem, começa-se por referir que os homens se preocupam mais com as flutuações do peso, contrariamente às mulheres que, em termos globais, se preocupam mais com a dieta, o que resultou em diferença estatisticamente significativa. Deste modo, pode dizer-se que as mulheres preocupam-se mais com a dieta do que os homens. Estes resultados estão em conformidade com os apurados por César, Ribeiro, Burgarelli e Oliveira (2011), na medida em que verificaram igualmente, através de um estudo com estudantes, que são as mulheres que mais se preocupam com as dietas, o que se deve à sua insatisfação com a imagem corporal, revelando-se menos satisfeitas com o seu corpo, devido aos padrões de estética padronizados pela sociedade, sendo esta uma evidência que inicia em idades cada vez mais precoces e sujeita a riscos pela associação possível com transtornos alimentares, baixa autoestima, interferência negativa a nível psicossocial, depressão, manutenção da obesidade, entre outros riscos. Também Poinhos Oliveira e Correia (2013), num estudo com estudantes do ensino superior, verificaram que as mulheres são as que mais se preocupam com a questão da dieta, diretamente relacionada com o controlo do seu peso. Na mesma linha, Teixeira, Philippi, Leal et al. (2012) salientam que o género feminino tende a apresentar níveis de restrição alimentar mais elevados que o género masculino.

Neste âmbito, tal como referenciado na fundamentação teórica deste estudo, importa referenciar Bernardil, Cichelerol e Vitollol (2005), segundo os quais, as restrições e as autoimposições das pessoas que fazem dieta parecem ter um efeito de “bola de neve”, redun-

dando-se, frequentemente, em restrição alimentar, que se pode associar a consequências psicológicas, como a perda da autoestima e mudanças de humor.

A variável sociodemográfica idade interferiu na restrição alimentar, nomeadamente nas flutuações de peso, onde foram os estudantes com idade igual ou superior a 23 anos a obterem a média mais elevada, sugerindo que foram estes os que se preocupam mais com as flutuações de peso, sendo análogo aos dados apurados por Poinhos, Oliveira e Correia (2013), os quais verificaram que os estudantes do ensino superior mais novos são os que apresentam índices mais elevados de restrição alimentar, relatando preocupações com a flutuação do seu peso.

Outro resultado relevante refere-se à variável ano que os estudantes estão inscritos, a qual interferiu na dimensão flutuações do peso, tendo sido os participantes a frequentarem a pós-graduação/mestrado a revelarem uma média mais elevada. Estes resultados não corroboram os anteriores, na medida em que foram os estudantes mais novos, em termos de grupos etários, a revelar mais preocupação com as flutuações do seu peso. Contrariamente, verificou-se que os estudantes que frequentam a pós-graduação/mestrado são os que mais apresentam essa preocupação, correspondendo aos estudantes com mais idade.

Apurou-se que a variável estado civil influenciou estatisticamente nas flutuações do peso e no total da restrição alimentar, onde foram os estudantes casados/união de facto a pontuarem mais nas flutuações de peso e no total da restrição alimentar. Não havendo estudos que relacionem o estado civil com a restrição alimentar, refere-se que as alterações de peso incluem itens que avaliam as alterações de peso semanal e itens acerca do máximo peso ganho ou perdido ao longo da vida (Silva, 2010). Deste modo, poder-se-á dizer que como se tratam de estudantes casados/união de facto, podendo corresponder aos estudantes mais velhos, em conjunto, as variações e as pontuações da Escala da Restrição Alimentar, especialmente os seus níveis elevados, relacionam-se com uma tendência crónica para restringir a alimentação (através de dietas) associada a um medo exacerbado por ganhar peso ao longo da vida.

Procurou-se saber se a avariável coabitação influencia a restrição alimentar dos estudantes de enfermagem, tendo-se verificado que as diferenças encontradas foram na preocupação com a dieta e nas flutuações do peso. Na globalidade, as médias mais elevadas foram as dos estudantes que vivem sozinhos, sugerindo que estes apresentam mais restrição alimentar. A entrada no ensino superior implica, para os estudantes, uma sucessão de mudanças que se prendem, *grosso modo*, com todo o contexto educativo. Para muitos, designa igualmente a saída de casa, a separação do núcleo familiar e do grupo de amigos, a deslocação para novos ambientes, o viver sozinhos, o confronto com uma nova cidade e um

meio desconhecido (Tavares, 2012). Os autores alegam que a transição não corresponde à mudança em si, mas à percepção individual da mudança. À medida que um estudante atravessa esta fase, o desafio é encontrar uma forma de equilibrar as novas atividades com outros aspetos da vida. Assim sendo, poder-se-á dizer que, nos estudantes que vivem sozinhos, o grupo de pares desempenha um papel substancial na autonomização face à família, no alcance dos objectivos escolares, no desenvolvimento e treino das aptidões sociais, no divertimento, no reforço e na orientação de valores e, inclusivamente, em termos alimentares (Martins, 2011). É também de salientar a restrição alimentar pressupõe a tendência para oscilar entre períodos de restrição no transporte energético e períodos de ingestão excessiva (Poinhos, Rowcliffe, Marques, Viana, Oliveira & Correia, 2013). Os mesmos autores argumentam que o padrão alimentar dos indivíduos restritivos é geralmente caracterizado por ciclos de restrição intercalados por ciclos de desinibição, em que o controlo cognitivo da ingestão é anulado por fatores emocionais, por exemplo, a ansiedade e a depressão, cognitivos, nomeadamente a percepção de terem ultrapassado o limite autoimposto, ou por químicos, como é exemplo o consumo exagerado de bebidas alcoólicas. Como tal, Poinhos et al. (2013) verificaram que os estudantes que vivem sozinhos apresentam maiores ciclos de restrição alimentar.

Apurou-se igualmente que as diferenças encontradas entre a restrição alimentar e o IMC foram significativas quer para a preocupação com a dieta, flutuações do peso, quer para o total da restrição alimentar, sugerindo uma influência desta variável independente na variável dependente. Quanto os valores mais elevados foram registados nos estudantes com pré-obesidade e obesidade, sobressaindo os pré-obesos com mais preocupação com a dieta e os obesos mais preocupados em relação às flutuações do seu peso, sendo estes também com um total mais elevado de restrição alimentar. Estes resultados demonstram que os estudantes que são pré-obesos e os que são obesos apresentam mais restrição alimentar, o que está em conformidade com Karhunen, Lapveteläinen, Kolehmainen, Laaksonen & Lähteenmäki (2012), os quais verificaram que os indivíduos com excesso de peso são os que mais se preocupam com o seu comportamento alimentar e que esse efeito se relaciona com a preocupação com o peso e com as dietas, procurando reduzir o excesso de peso, ou seja, há um controlo mais rígido em relação ao seu comportamento alimentar, que incluiu as flutuações de peso e a dieta.

De acordo com os dados obtidos, apurou-se uma relação entre a sonolência diurna e a preocupação com a dieta, tendo sido os estudantes com sonolência diurna a revelar mais essa preocupação, bem como a apresentarem índices de maior restrição alimentar. Várias investigações têm encontrado associações epidemiológicas entre o prejuízo no padrão habitual do sono e as oscilações do peso, principalmente no que se refere à obesidade (Crispim

et al., 2009). A redução do tempo de dormir é uma realidade entre os estudantes do ensino superior, com uma redução de sono inferior a 7 horas por noite, facto que tem aumentado de 15,6% para 37,1%, resultando na presença de sonolência diurna (Benavente et al., 2014). Os mesmos autores referem que há interferência da sonolência diurna excessiva com o aumento do IMC, na medida em que os estudantes não são tão ativos e revelam piores hábitos alimentares, fazendo menos refeições por dia, consumindo sempre ou quase sempre, alimentos hipercalóricos (doces e/ou salgados) ou *fast-food*, diariamente, o que vai ao encontro ao defendido por Henriques (2008).

Quanto à possível influência das variáveis sociodemográficas, depressão, stresse e ansiedade, hábitos de sono e personalidade na restrição alimentar dos estudantes de enfermagem, começa-se por referir que variáveis preditoras da preocupação com a dieta foram a depressão, o género masculino e a idade. Assim, apurou-se que a depressão e a idade estabelecem uma relação direta com a preocupação com a dieta, significando que quanto mais deprimidos e mais velhos maior é a preocupação dos estudantes com a dieta. Outro resultado relevante refere-se ao facto de se ter verificado que a idade e a depressão foram variáveis preditoras da flutuação com o peso e do total da restrição alimentar, estabelecendo uma relação direta entre as variáveis, indicando que quanto mais velhos e mais deprimidos maior é a preocupação dos estudantes com a flutuação do peso e com a restrição alimentar, na globalidade.

Neste contexto, refere-se que o conceito de restrição alimentar parte da premissa que a dieta é um fator determinante na regulação da ingestão. Subjacente ao conceito de restrição está um padrão alimentar que se caracteriza por ciclos de dieta e de restrição intercalados por ciclos de desinibição. Como efeitos desinibidores da restrição, existem fatores emocionais e fatores cognitivos. Os indivíduos restritivos comem mais quando deprimidos, enquanto os indivíduos não restritivos, em idêntica condição, propendem a comer menos (Rebelo & Leal, 2007; Teixeira, Philippi et al., 2012). Verificou-se uma prevalência de alguns estudantes do ensino superior da área com sintomas clínicos de depressão, os quais revelavam comportamentos de risco para a saúde, sendo as áreas de maior preocupação os hábitos alimentares (Loureiro, McIntyre, Mota-Cardoso & Ferreira, 2008).

De acordo com Ha & Caine-Bish (2009), durante a permanência no ensino universitário, os hábitos alimentares dos estudantes tendem a piorar, sendo frequente a omissão de refeições, principalmente do pequeno-almoço, as restrições alimentares, a falta de variedade dos alimentos ingeridos e a ingestão de alimentos de elevada densidade energética, ricos em gordura e açúcar. Estes pressupostos podem justificar os resultados obtidos entre a relação direta dos participantes mais velhos deste estudo com a preocupação com a dieta, ou seja, a variável idade poderá ser preditora de uma maior preocupação com a fre-

quência com que fazem dieta, com o que vão comer e com a quantidade de alimentos que consomem quando estão acompanhados.

Por outro lado, constatou-se que o género masculino estabelece uma relação inversa, sugerindo que é menor a preocupação dos homens com a dieta, o que corrobora Teixeira, Philippi et al. (2012), segundo os quais, as mulheres tendem a preocupar-se mais com questões de dieta, apresentando níveis de restrição alimentar mais elevados do que os homens. Estes resultados reforçam também os dados encontrados, no presente estudo, em relação à influência da variável género na restrição alimentar, onde se verificou que forma as mulheres a preocupar-se mais com a dieta. Estes dados também corroboram as evidências encontradas para a variável sexo masculino, que apresenta uma relação inversa com o total da restrição alimentar, sugerindo que é menor a restrição alimentar por parte dos homens. Acresce também salientar que a dieta constitui um regime de restrição alimentar bastante mais recorrente e admitido entre as mulheres do que entre os homens, o que está associado ao grau de satisfação corporal, com interferência na autoestima, que pode resultar em estado depressivos por parte das mulheres (Teixeira, Philippi et al., 2012). Um estudo publicado relativo às tendências dietéticas estudantes do ensino superior refere que no género feminino há uma maior preocupação com o controlo do peso e com a dieta (Davy, Benes & Driskell, 2006). Estudo sobre o comportamento alimentar em estudantes universitários saudáveis da Universidade do Porto confirmam que nos estudantes do género feminino a restrição alimentar é significativamente mais elevada do que nos do género masculino, estando de acordo com os resultados encontrados (Moreira, Afonso, Sampaio & Almeida, 1998).

Conclusão

Foi objetivo deste trabalho estudar a restrição alimentar em estudantes de enfermagem, tendo em conta variáveis sociodemográficas, depressão, ansiedade, stresse, sonolência diurna e personalidade, o que implicou a realização de uma revisão da literatura que consubstanciasse o estudo empírico.

Deste modo, realizou-se um estudo empírico, com uma amostra de 403 estudantes de enfermagem, maioritariamente a frequentarem o 4º ano, do género feminino, na faixa etária dos ≤ 20 anos e dos ≥ 23 anos, tendo-se concluído que as variáveis sociodemográficas que interferiram na restrição alimentar, nomeadamente na preocupação com a dieta e com as flutuações do peso, foram o género, a idade, o ano que está inscrito, o estado civil e a coabitação.

Quanto às variáveis psicológicas, depressão, stresse ansiedade, personalidade e à variável sonolência diurna, constatou-se que a depressão estabeleceu uma relação direta com a preocupação com a dieta, significando que quanto mais deprimidos maior é a preocupação dos estudantes com a dieta e com o peso. Outra conclusão a que se chegou foi que os estudantes em pré-obesidade e obesidade foram os que revelaram mais restrição alimentar, mostrando-se mais preocupados com a dieta e com a flutuação do peso. Apurou-se também que quanto mais sonolência diurna maior é a restrição alimentar.

Outro resultado relevante refere-se ao facto de se ter verificado que a idade também foi preditora da flutuação com o peso e do total da restrição alimentar, estabelecendo-se uma relação direta entre as variáveis, sugerindo que quanto mais velhos maior é a preocupação dos estudantes com a flutuação do peso e com a restrição alimentar, na globalidade. As mulheres tendem a preocupar-se mais com questões de dieta, apresentando níveis de restrição alimentar mais elevados do que os homens. Os resultados apurados permitiram dar resposta às questões de investigação e atingir os objetivos inicialmente traçados.

Enquadrando-se o percurso no ensino superior numa perspetiva desenvolvimentista, sugere-se que se criem espaços onde os estudantes de enfermagem possam adquirir competências adaptativas, as quais podem ser desenvolvidas, ou não, pelas suas vivências académicas, assumindo-se que tais vivências podem interferir na sua qualidade de vida a vários níveis. Como os desafios inerentes à entrada no ensino superior se iniciam com a adaptação ao estabelecimento de ensino e ao curso, sugere-se que os estudantes possam ser orientados, desde o 1º ano, para que possam encontrar meios que os ajudem a ultrapassar todo este processo complexo, onde interagem tanto as variáveis pessoais como as vari-

áveis acadêmicas, psicológicas e contextuais, como se verificou no presente estudo, a fim de que não tenham repercussões em termos de saúde global dos estudantes.

É a vivência do ensino superior pode ser um processo multidimensional, que exige da parte do estudante um desenvolvimento de competências adaptativas ao contexto escolar e às suas próprias transformações, com o decorrer do curso. Não obstante, o contexto de ensino superior acarreta ao estudante de enfermagem muitas solicitações e maior autonomia, e, caso este não saiba gerir adequadamente essa sua autonomia e as múltiplas solicitações extracurriculares, poderá ver, assim, fragilizado o seu próprio sucesso escolar.

Não havendo evidências na literatura da presença de uma correlação entre a restrição alimentar e a personalidade em estudantes de enfermagem, tanto quanto é do nosso conhecimento, a presente investigação apresenta-se, deste modo, como inovadora, constituindo, ainda, uma potencial contribuição ao nível da avaliação das necessidades na área em questão, com subsequente delineamento de estratégias no âmbito dos hábitos e comportamentos alimentares, personalizados na população de estudantes de enfermagem. É importante também a promoção e o desenvolvimento de programas de saúde alimentar em idades mais precoces de forma a prevenir futuros grupos de risco. Será também pertinente, em futuras investigações, verificar se o rendimento académico dos estudantes de enfermagem está relacionado, entre outros aspetos, com a sua adaptação académica ao ensino superior.

Referências bibliográficas

- Afonso, T.J.M. (2012). *Transição e Adaptação ao Ensino Superior: vivências acadêmicas e Identidade Vocacional*. Covilhã: Universidade da Beira Interior. Ciências Sociais e Humanas. Acedido em: http://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/2670/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Tiago_Afonso.pdf.
- Alves, E.F. (2010). Qualidade de vida de estudantes de enfermagem de uma faculdade privada. *Revista Brasileira de Qualidade*. Acedido em: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Os%20meus%20documentos/Downloads/648-2108-1-PB%20\(4\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Os%20meus%20documentos/Downloads/648-2108-1-PB%20(4).pdf)
- Araújo, C.L.O; Frazili, R.T.V. & Almeida, E.C. (2011). *Influência do Sono nas Atividades Acadêmicas dos Graduandos de Enfermagem que Trabalham na Área no Período Noturno*. *Revista Eletrônica de Enfermagem do Vale do Paraíba*. Acedido em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Os%20meus%20documentos/Downloads/493-1519-1-PB.pdf>.
- Benavente, S.B.T.; Silva, R.M.; Higashi, A.B. Guido, L.A. & Costa, A.L.S. (2014). Influência de fatores de estresse e características sociodemográficas na qualidade do sono de estudantes de enfermagem. *Rev. esc. enferm.* Acedido em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000300018>.
- Bernardil, F.; Cichelerol, C. & Vitolo, M.G. (2005). *Comportamento de restrição alimentar e obesidade*. *Revista de Nutrição*. Acedido em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732005000100008&script=sci_arttext.
- Borges, C. M. & Lima Filho, D. O. (2004). Hábitos alimentares dos estudantes universitários: um estudo qualitativo. *Seminários de Administração* (p. 7), São Paulo. Anais..., São Paulo, FEA/USP.
- Cellini, A.C. & Rossi, R.G.T. (2011). *Consumo de triptofano e a qualidade do sono de estudantes universitários*. Acedido em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4738.
- César, P.; Ribeiro, P.; Burgarelli, P. & Oliveira, R. (2011). Culto ao Corpo: beleza ou doença? *Adolesc. Saude*, v. 8, 3: 63-69.

- Coutinho, C.P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Crispim, C.A.; Zalcman, I.; Dáttilo, M.; Padilha, H.G.; Tufik, S. & Mello, M.T. (2009). Relação entre sono e obesidade: uma revisão da literatura. *Arq Bras Endocrinol Metab* vol.51 no.7 São Paulo Oct. 2007.
- Custódio, S.; Pereira, A. & Seco, G. (2009). *Stress e estratégias de coping dos estudantes de enfermagem em ensino clínico*. Actas do X congresso internacional galego-português de psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho.
- Davy, S.R.; Benes, B.A. & Driskell, J.A. (2006). Sex differences in dieting trends, eating habits, and nutrition beliefs of a group of midwestern college students. *J Am Diet Assoc.*; 106(10): 1673-1677.
- Faith, M., Flint, J., Fairburn, C., Goodwin, G., & Allison, D. (2001). Gender Differences in the Relationship between Personality Dimensions and Relative Body Weight. *Obesity Research*, 9 (10): 647-650.
- Feitosa, E.P.S.; Dantas, C.A.O., Wartha, E.R.S.A.; Marcellini, P.S. & Mendes-Netto, R.S. (2012). Hábitos alimentares de estudantes de uma universidade pública no nordeste, Brasil. *Alim. Nutr.*, v. 21, 2: 225-230.
- Figueiró, M. T., Souza, J. C., Martins, L. N. R., Leite, L. R. C., Ziliott, J. M., & Bacha, M. M. (2010). Traços de personalidade de estudantes de Psicologia, *Psicólogo inFormação*, 14(14): 13-28.
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Ha, E.J. & Caine-Bish, N. (2009). Effect of nutrition intervention using a general nutrition course for promoting fruit and vegetable consumption among college students. *J Nutr Educ Behav.*; 41(2):103-9
- Henriques, A.P.F.C.L. (2008). *Caracterização do Sono dos Estudantes Universitários do Instituto Superior Técnico*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. Acedido em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1039/1/17000_SonoEstudantesIST_PaulaCunhal.pdf.
- Huang, Y.W.; Yang, C.H.; Ho, S.L. & Hwu, Y.J. (2011). The relationship between practicum-related stress and sleep quality in nursing students. *J Nurs Health Res.*;7(1): 14-25.

-
- Karhunen, L.; Lyly, M.; Lapveteläinen, A.; Kolehmainen, M.; Laaksonen, D.E.; Lähteenmäki L. et al. (2012). Psychobehavioural factors are more strongly associated with successful weight management than predetermined satiety effect or other characteristics of diet. *J Obes. Epub.*
- Knutson, K. L. (2010). Sleep duration and cardiometabolic risk: a review of the epidemiologic evidence. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 24 (5): 731–743.
- Larsen, J. K., Geenen, R., Maas, C., Pieter de Wit; T. van A., Brand, N., & Ramshorst, B. van (2004). Personality as a predictor of weight loss maintenance after surgery for morbid obesity. *Obesity Research*, 12: 1828-1834.
- Loureiro, E.; McIntyre, Mota-Cardoso, T. & Ferreira, M.A. (2008). A relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de medicina da Faculdade de Medicina do Porto. *Acta Med Port.*; 21: 209-214
- Lourenço, A. (2013). *Stresse e ansiedade dos estudantes de Enfermagem em ensino clínico*. Acedido em: <http://noticias.universia.pt/atualidade/noticia/2013/07/09/1035414/stresse-e-ansiedade-dos-estudantes-enfermagem-em-ensino-clinico-analisados- numa-tese-doutoramento.html>
- Martins, B. F. (2011). Estado nutricional, medidas antropométricas, nível socioeconómico y actividad física en universitarios brasileños. *Nutrición Hospitalaria*; v. 23, 3: 234-241.
- Matos, M.; Carvalhosa, S. & Fonseca, H. (2001). O comportamento alimentar dos jovens portugueses. *Health behaviour in school-aged children*, 5(1): 7-8.
- McCrae, R. R. & Allik, J. (2002). *The Five Factor Model of Personality Across Cultures*. New York: Kuwler Academic/Plenum Publisher.
- McGuire, M. T.; Jeffery, R. W.; French, S.A.; Hannan, P. J. (2000). The relationship between restraint and weight, and weight-related behaviors among individuals in a community weight-gain -prevention trial. *Int J Obes Relat Metab Disord*. Vol. 25, 4:574-480.
- Moreira, P.; Afonso, C.; Sampaio, D. & Almeida, M. D. (1998). Validação de uma escala para avaliação do comportamento alimentar de jovens universitários. *Rev. Iberoam. Diag. Evaluación Psicológica*; 2: 125-136.
- Ogden, C. (2004). Obesidade e comportamentos alimentares. In Ogden, C. (Ed.). *Psicologia da Saúde* (pp. 161-206). Lisboa: Climepsi Editores.

- Pais Ribeiro, J.; Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36: 235-246.
- Papadaki, A.; Hondros, G.; Scott, J.A. & Kapsokefalou, M. (2007). Eating habits of University students living at, or away from home in Greece. *Appetite*. 1-8.
- Pasquali, L (Org.) (2013). *Técnicas de exame psicológico – TEP. Manual. Vol. I: Fundamentos das técnicas psicológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo / CFP.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2009). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS*. Lisboa: Edições Lidel.
- Pinto, J. M. C. (2009). *Impacto psicológico e psicopatológico da violência conjugal em mulheres vítimas acolhidas em casas de abrigo. Estudo exploratório em duas casas de abrigo do Grande Porto*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Póinhos, R.I.; Oliveira, B.M.P.M. & Correia, F.I. (2013). Padrões de comportamento alimentar e IMC em estudantes do ensino superior. *Revista SPCNA*. Vol. 19, 1: 22.
- Póinhos, R.; Rowcliffe, P; Marques, M.A.R.; Viana, V.; Oliveira, B.M.P.M. & Correia, F. (2013). Adaptação e validação das sub-escalas de controlo flexível e rígido do comportamento alimentar. *Alimentação Humana*, 3: 82-92.
- Rebelo, A. & Leal, I. (2007). Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 3: 467-477.
- Sacadura-Leite, E., & Uva, A. S. (2010). Stress relacionado com o trabalho. *Saúde & Trabalho*, 6: 25-42.
- Santos, C.; Ferreira, P.L., & Moutinho, J. (2001). *Avaliação da sonolência diurna excessiva: adaptação cultural e linguística da escala de sonolência de Epworth para a população portuguesa*. Dissertação de Licenciatura em Neurofisiologia, Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto.
- Silva, J.R. & Silva e Urzúa-Morale, A. (2010). Propiedades psicométricas de la versión en español de la escala revisada de restricción alimentaria en una muestra de adolescentes. *Univ. Psychol.*, V. 9, 2: 521-.530.
- Souza, J.V.; Bastos, T.P.F. & Oliveira, M.F.A. (2014). Perfil dos Alunos Universitários dos Cursos de Educação Física e Fisioterapia em Relação à Alimentação e a Atividade Física. *Revista Práxis*, 11: 104-112.
- Straub, R. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.

-
- Tavares, D.M. (2012). Adaptação ao Ensino Superior e Otimismo em Estudantes do 1º ano. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências Humanas e Sociais do Porto. Acedido em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3617/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Daniela%20Tavares%20-%20FINAL.pdf>.
- Teixeira, A. S.; Philippi, S. T.; Leal, G.V.S.; Araki, E.L.; Estima, C.C.P. & Guerreiro R.E.R. . (2012). Substituição de refeições por lanches entre adolescentes da cidade de São Paulo. *Revista Paulista de Pediatria*, 30: 330-337.
- Vaz Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: G.C. Gráfica de Coimbra, Lda.
- Veríssimo, A.C., Costa, R.; Gonçalves, E. & Araújo, F. (2011). *Níveis de Stress no Ensino Superior*. Psicologia e Educação. Acedido em: http://psicologiaeeducacao.ubi.pt/2011_volbranco/Ana%20Verissimo.pdf.

Anexos

Anexo I

Instrumento de recolha de dados

**Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu**

IIº Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO

Este protocolo de instrumentos de avaliação destina-se a colher dados no sentido de identificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e as de contexto psicológico, na qualidade do sono, no comportamento alimentar, no exercício físico, nos níveis de *stress*, ansiedade e depressão, e nos hábitos tabágicos dos estudantes do curso de enfermagem, para um estudo descritivo correlacional, no âmbito de um projeto de investigação no contexto do 2º curso de mestrado em Enfermagem Comunitária, que estamos a desenvolver sob orientação dos Professores Cláudia Chaves e João Duarte sobre a **“Personalidade versus factores de risco nos estudantes de enfermagem”**. Para tal, solicitamos a sua participação, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas.

As respostas são confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

O mesmo é constituído por questões fechadas. Não existem respostas certas ou erradas, dado que todas as respostas visam exclusivamente obter informação sobre a realidade vivenciada por cada estudante.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) a alínea que está de acordo com o seu caso.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que não deixe nenhuma questão por responder.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

A equipa de investigação

I PARTE

1 – Idade ____ anos 2 – Sexo: Masculino Feminino

3 – Estado civil: Solteiro Casado Divorciado União de facto Outro. Qual? _____

4 – Onde vive atualmente? Aldeia Vila Cidade

5 – Com quem vive durante período letivo?

- Sozinho Pai/Mãe/Irmãos e Outros familiares
 Amigos/colegas Irmãos
 Residência estudantil Marido/Esposa/Companheiro(a) e Outros familiares

6 – Ano que está inscrito:

- 1º ano 2º ano 3º ano 4º ano Pós-graduação/Mestrado

7 – Quais as habilitações literárias dos seus Pais? (assinala a mais elevada)

	Pai	Mãe		Pai	Mãe
Analfabeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bacharelato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4ª Classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6º ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mestrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9º ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doutoramento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11º ou 12º ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

8 – Profissão do Pai: _____

9 – Profissão da Mãe: _____

10 – Quantos irmãos tem? _____

11 – Tem alguma atividade remunerada? Não Sim

12 – Como se desloca para a escola? A pé Carro Transportes públicos Outro. Qual? _____

13 – Tempo de deslocação entre casa/escola ____ minutos

14 – É bolseiro? Não Sim

15- Peso atual: _____ kg

16 – Altura: _____ cm

II Parte

Escala de Restrição Alimentar

Vai encontrar 10 perguntas com diversas alternativas de resposta, leia cuidadosamente cada pergunta e marque aquela alternativa que melhor a (o) representa.

Conteste todas as perguntas, tenha presente que as suas respostas devem refletir os seus gostos e sentimentos pessoais.

1. Com que frequência faz dieta?

- | | |
|---------------|------------------|
| a) Nunca. | d) Quase sempre. |
| b) Raramente. | e) Sempre. |

2. A maior quantidade de peso que perdeu num mês da sua vida foi:

- | | |
|------------------------|------------------------|
| a) Entre 0 e 2 Kg. | d) Entre 7,1 e 9,5 Kg. |
| b) Entre 2,1 e 4,5 Kg. | e) Mais de 9,5 Kg. |
| c) Entre 4,6 e 7 Kg. | |

3. Qual a máxima quantidade de peso que ganhou em uma semana?

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| a) Entre 0 e 0,5 Kg. | d) Entre 1,55 e 2,5 Kg. |
| b) Entre 0,55 e 1 Kg. | e) Mais de 2,55 Kg. |
| c) Entre 1,05 e 1,5 Kg. | |

4. Em quanto acredita variar o seu peso numa semana normal?

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| a) Entre 0 e 0,5 Kg. | d) Entre 1,55 e 2,5 Kg. |
| b) Entre 0,55 e 1 Kg. | e) Mais de 2,55 Kg. |
| c) Entre 1,05 e 1,5 Kg. | |

5. Uma variação de 2,5 Kg afetaria a forma como vive a sua vida?

- | | |
|--------------------|-------------------|
| a) De modo nenhum. | c) Moderadamente. |
| b) Levemente. | d) Muito. |

6. Come menos quando está com outras pessoas?

- | | |
|---------------|------------------|
| a) Nunca. | c) Quase sempre. |
| b) Raramente. | d) Sempre. |

7. Passa muito tempo a pensar no que vai comer?

- | | |
|---------------|------------------|
| a) Nunca. | c) Quase sempre. |
| b) Raramente. | d) Sempre. |

8. Sente-se culpada (o) depois de ter comido em excesso?

- a) Nunca.
- b) Raramente.
- c) Quase sempre.
- d) Sempre.

9. É consciente de quanto come habitualmente?

- a) De modo nenhum.
- b) Levemente.
- c) Moderadamente.
- d) Muito.

10. Qual foi o máximo que chegou a pesar acima do seu peso normal?

- a) Entre 0 e 0,5 Kg.
- b) Entre 0,55 e 2,5 Kg.
- c) Entre 2,55 e 5 Kg.
- d) Entre 5,05 e 10 Kg.
- e) Mais de 10 Kg.

III PARTE

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ) VERSÃO CURTA

Estamos interessados em conhecer os diferentes tipos de atividade física, que faz no seu cotidiano.

As questões que lhe vamos colocar referem-se à semana imediatamente anterior àquela em que o questionário é feito. Por favor, responda a todas as questões, mesmo que não se considere uma pessoa fisicamente ativa. Vamos colocar-lhe questões sobre as atividades desenvolvidas na sua atividade profissional, acadêmica e nas suas deslocações, sobre as atividades referentes aos trabalhos domésticos e às atividades que efetuou no seu tempo livre para a recreação ou prática de exercício físico/desporto.

Ao responder às seguintes questões, considere o seguinte:

- **Atividades físicas vigorosas** referem-se a atividades que requerem um esforço físico intenso que fazem ficar com a respiração ofegante;
- **Atividades físicas moderadas** referem-se a atividades que requerem esforço físico moderado e tornam a respiração um pouco mais forte do que o normal.

Ao responder às questões considere apenas as atividades físicas que realize durante pelo menos **10 minutos seguidos**.

Q.1 - Diga por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias fez atividades físicas **vigorosas**, como por exemplo, levantar objetos pesados, cavar, ginástica aeróbica, nadar, jogar futebol, andar de bicicleta a um ritmo rápido?

_____ **Dias**

Q.2 - Nos dias em que pratica atividades físicas **vigorosas**, quanto tempo em média dedica normalmente a essas atividades?

_____ **Horas** _____ **Minutos**

Q.3 - Diga por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias fez atividades físicas **moderadas** como por exemplo, carregar objetos leves, caçar, trabalhos de carpintaria, andar de bicicleta a um ritmo normal ou ténis de pares? Por favor não inclua o “andar”.

_____ **Dias**

Q.4 - Nos dias em que faz atividades físicas **moderadas**, quanto tempo em média dedica normalmente a essas atividades?

_____ **Horas** _____ **Minutos**

Q.5 – Diga por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias **andou** pelo menos 10 minutos seguidos?

_____ **Dias**

Q.6 - Quanto tempo no total, despendeu num desses dias, a andar/caminhar?

_____ **Horas** _____ **Minutos**

Q.7 - Diga por favor, num dia normal quanto tempo passa **sentado**? Isto pode incluir o tempo que passa a uma secretária, a visitar amigos, a ler, a estudar ou a ver televisão.

_____ **Horas** _____ **Minutos**

IV PARTE

QUESTIONÁRIO DE MOTIVAÇÃO PARA O EXERCÍCIO

The Exercise Motivations Inventory (EMI - 2) (Original de Markland, 1997)

Tradução e Adaptação de José Alves e António Lourenço (2001)

Nas páginas seguintes são apresentadas várias afirmações relacionadas com as razões que as pessoas normalmente apresentam para fazerem exercício físico. Por favor, leia cuidadosamente cada uma das afirmações e assinala-as TODAS com uma cruz, no número apropriado:

- Se considerar que uma afirmação não é, de maneira nenhuma, verdadeira para si, deverá assinalar “0”.
- Se entender que a afirmação é completamente verdadeira para si, assinale “5”.
- Se entender que uma afirmação é parcialmente verdadeira para si, assinale “1”, “2”, “3” ou “4”, de acordo com a intensidade com que essa mesma afirmação reflete o porquê de você praticar exercício físico.

Lembre-se, nós pretendemos saber porque razão pratica exercício físico, independentemente de as afirmações apresentadas serem, ou não, boas razões para qualquer pessoa praticar exercício físico.

NÃO HÁ PORTANTO, AFIRMAÇÕES CORRETAS OU ERRADAS e todas elas deverão ser assinaladas em apenas um único número. Se se enganar, por favor, desmarque e assinale aquela que para si é mais verdadeira. A resposta sincera às questões que colocamos é importante. Garantimos que todas as informações prestadas serão ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAIS e utilizadas apenas para efeitos de estudo.

Pessoalmente, faço exercício físico (ou poderei vir a fazer)		Nada verdadeiro para mim			Completamente verdadeiro para mim		
		0	1	2	3	4	5
1	Para me manter elegante	0	1	2	3	4	5
2	Para evitar ficar doente	0	1	2	3	4	5
3	Porque me faz sentir bem	0	1	2	3	4	5
4	Para me ajudar a parecer mais novo	0	1	2	3	4	5
5	Para mostrar o meu mérito/valor perante os outros	0	1	2	3	4	5
6	Para poder pensar	0	1	2	3	4	5
7	Para ter um corpo saudável	0	1	2	3	4	5
8	Para me fortalecer/tornar mais robusto	0	1	2	3	4	5

9	Porque gosto da sensação de me exercitar	0	1	2	3	4	5
10	Para passar tempo com os amigos	0	1	2	3	4	5
11	Porque o meu médico me aconselhou	0	1	2	3	4	5
12	Porque gosto de tentar ganhar/vencer quando faço atividade física	0	1	2	3	4	5
13	Para me manter/tornar mais ágil	0	1	2	3	4	5
14	Para ter objetivos que orientem o meu esforço	0	1	2	3	4	5
15	Para perder peso	0	1	2	3	4	5
16	Para prevenir problemas de saúde	0	1	2	3	4	5
17	Porque o exercício físico é revigorante	0	1	2	3	4	5
18	Para ter um corpo bonito	0	1	2	3	4	5
19	Para comparar as minhas capacidades com as dos outros	0	1	2	3	4	5
20	Porque ajuda a reduzir a tensão	0	1	2	3	4	5
21	Porque pretendo manter uma boa saúde	0	1	2	3	4	5
22	Para aumentar/melhorar a minha resistência	0	1	2	3	4	5
23	Porque o exercício físico me satisfaz tanto no momento da prática como fora dela	0	1	2	3	4	5
24	Para tirar partido/desfrutar dos aspetos sociais inerentes à prática do exercício físico	0	1	2	3	4	5
25	Para ajudar a prevenir uma doença familiar/hereditária	0	1	2	3	4	5
26	Porque gosto de competir	0	1	2	3	4	5
27	Para manter a flexibilidade	0	1	2	3	4	5
28	Porque me proporciona situações desafiantes	0	1	2	3	4	5
29	Para me ajudar a controlar o peso	0	1	2	3	4	5
30	Para evitar doenças do coração	0	1	2	3	4	5
31	Para recarregar energias	0	1	2	3	4	5
32	Para melhorar a minha aparência	0	1	2	3	4	5

33	Para ser reconhecido pelas minhas prestações/realizações	0	1	2	3	4	5
34	Para ajudar a gerir/controlar o stress	0	1	2	3	4	5
35	Para me sentir mais saudável	0	1	2	3	4	5
36	Para me tornar mais forte	0	1	2	3	4	5
37	Por gostar da experiência de praticar exercício físico	0	1	2	3	4	5
38	Para me divertir estando ativo com outras pessoas	0	1	2	3	4	5
39	Para me ajudar a recuperar de uma doença/lesão	0	1	2	3	4	5
40	Porque gosto da competição física	0	1	2	3	4	5
41	Para me manter/tornar flexível	0	1	2	3	4	5
42	Para desenvolver habilidades/capacidades pessoais	0	1	2	3	4	5
43	Porque o exercício físico ajuda-me a queimar calorias	0	1	2	3	4	5
44	Para ter um aspeto mais atrativo	0	1	2	3	4	5
45	Para alcançar coisas que os outros não conseguem	0	1	2	3	4	5
46	Para libertar a tensão	0	1	2	3	4	5
47	Para desenvolver os músculos	0	1	2	3	4	5
48	Porque me sinto na minha melhor forma quando faço exercício físico	0	1	2	3	4	5
49	Para fazer novos amigos	0	1	2	3	4	5
50	Porque acho o exercício físico divertido, especialmente quando envolve competição	0	1	2	3	4	5
51	Para me avaliar em função de critérios pessoais	0	1	2	3	4	5

V PARTE

ESCALA DE ANSIEDADE DEPRESSÃO E STRESS DE 21 ITENS DE LOVIBOND E LOVIBOND

Adaptada por Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. Se se enganar, por favor, seleccione aquela que, para si, é mais verdadeira. A resposta sincera às questões que colocamos é importante. Garantimos que todas as informações prestadas serão absolutamente confidenciais e utilizadas apenas para efeitos de estudo.

A classificação é a seguinte:

- 0 – Não se aplicou nada a mim
- 1 – Aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – Aplicou-se a mim muitas vezes
- 3 – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1	Tive dificuldade em me acalmar	0	1	2	3
2	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por ex.: nas mãos)	0	1	2	3
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me demasiado melancólico	0	1	2	3

14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
20	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

VI PARTE
POSITIVE AND NEGATIVE AFFECT SCHEDULE (PANAS)
Adaptada por Pais Ribeiro, 2005

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e assinale a resposta adequada. Indique em que medida sentiu cada uma das emoções durante a última semana. Não há afirmações corretas ou erradas e todas elas deverão ser assinaladas em apenas um único número. Se se enganar, por favor, selecione aquela que, para si, é mais verdadeira. A resposta sincera às questões que colocamos é importante. Garantimos que todas as informações prestadas serão absolutamente confidenciais e utilizadas apenas para efeitos de estudo.

A classificação é a seguinte:

- 1 – Nada ou muito ligeiramente
- 2 – Um pouco
- 3 – Moderadamente
- 4 – Bastante
- 5 - Extremamente

1	Interessado	1	2	3	4	5
2	Perturbado	1	2	3	4	5
3	Excitado	1	2	3	4	5
4	Atormentado	1	2	3	4	5
5	Agradavelmente surpreendido	1	2	3	4	5
6	Culpado	1	2	3	4	5
7	Assustado	1	2	3	4	5
8	Caloroso	1	2	3	4	5
9	Repulsa	1	2	3	4	5
10	Entusiasmado	1	2	3	4	5
11	Orgulhoso	1	2	3	4	5
12	Irritado	1	2	3	4	5
13	Encantado	1	2	3	4	5

14	Remorsos	1	2	3	4	5
15	Inspirado	1	2	3	4	5
16	Nervoso	1	2	3	4	5
17	Determinado	1	2	3	4	5
18	Trémulo	1	2	3	4	5
19	Ativo	1	2	3	4	5
20	Amedrontado	1	2	3	4	5

VII Parte

Por favor, leia a pergunta e escolha a opção que mais estiver de acordo consigo. Garantimos que todas as informações prestadas serão absolutamente confidenciais e utilizadas apenas para efeitos de estudo.

1 - É fumador (mesmo que ocasional)?

- Não Sim

2 - Com que idade começou a fumar? _____

3 - Considera-se dependente do tabaco?

- Não Sim

4 - Em quais das situações o cigarro está associado no seu dia a dia? (pode escolher várias)

- ao falar ao telefone após as refeições com o café
 com bebidas alcoólicas no trabalho ansiedade/stress
 tristeza alegria nenhum
 outro _____

5 - Já fez alguma tentativa para deixar de fumar?

- 1 a 3 vezes + de 3 vezes
 tentou mas não conseguiu nunca tentou

6 - Utilizou algum recurso para o ajudar a deixar de fumar?

- Consulta de cessação tabágica Medicamentos
 Leitura de orientações em revistas e folhetos Nenhum

7 - Convive com fumadores em sua casa?

- Não Sim

8 - Preocupa-se com o ganho de peso se deixar de fumar?

- Não Sim

Teste de dependência à nicotina:
Validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström
Ferreira, P., Quintal, C., Lopes, I., Taveira, N. (2009)

O Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina tem uma utilização generalizada como medida da dependência tabágica e é utilizado mundialmente como ferramenta de avaliação, em substituição a outros testes bem mais caros, que consomem mais tempo e são invasivos. Por favor, leia a pergunta e escolha a opção que mais estiver de acordo consigo.

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

1	Dentro de 5 minutos	3
2	Entre 6-30 minutos	2
3	Entre 31-60 minutos	1
4	Após 60 minutos	0
5	Não fuma	

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?

1	Sim	1
2	Não	0

3. Qual cigarro do dia traz mais satisfação?

1	O primeiro da manhã	1
2	Outros	0
3	Nenhum	

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

1	Menos de 10	0
2	De 11 a 20	1
3	De 21 a 30	2
4	Mais de 31	3
5	Não fuma	

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

1	Sim	1
2	Não	0

6. Você fuma mesmo doente?

1	Sim	1
2	Não	0

Conclusão sobre o grau de dependência:

0 - 2 pontos = muito baixo

3 - 4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6 -7 pontos = elevado

8 -10 pontos = muito elevado

VIII Parte
Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP)

Adaptado por Duarte, J. C. (2011)

As seguintes questões estão relacionadas apenas com os seus hábitos de sono durante o último mês. As suas respostas devem refletir fielmente, o que ocorreu na maioria dos dias e noites do último mês. Por favor responda a todas as perguntas.

1. Durante o último mês, a que horas é que foi habitualmente para a cama? _____

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) demorou a adormecer, depois de se deitar? _____

3. Durante o último mês, a que horas é que habitualmente se levantou de manhã? _____

4. Durante o último mês, quantas horas de sono real conseguiu por noite (isto pode ser diferente do número de horas em que efetivamente esteve na cama)? _____

5. Durante o último mês, quantas vezes teve problemas durante o sono, devido a.....?

		Nunca	Menos de 1 vez por semana	1a 2 vezes por semana	3 ou mais vezes por semana
a.	Não conseguir adormecer nos 30 minutos após se deitar				
b.	Acordar a meio da noite ou de madrugada				
c.	Ter que se levantar para ir à casa de banho				
d.	Não conseguir respirar adequadamente				
e.	Tossir ou ressonar				
f.	Sensação de frio				
g.	Sensação de calor				
h.	Ter pesadelos				
i.	Ter dores				
j.	Outra(s) razão(ões), (por favor descreva):				

6. Durante o último mês, como classificaria globalmente a sua qualidade de sono?

<input type="checkbox"/>	Muito boa
<input type="checkbox"/>	Boa
<input type="checkbox"/>	Má
<input type="checkbox"/>	Muito má

7. Durante o último mês, quantas vezes tomou medicamentos (prescritos ou auto medicados) para conseguir adormecer?

	Nunca
	Menos de 1 vez por semana
	1 a 2 vezes por semana
	3 ou mais vezes por semana

8. Durante o último mês, quantas vezes teve problemas em se manter acordado(a) enquanto conduzia, enquanto tomava refeições, ou enquanto mantinha atividades sociais?

	Nunca
	Menos de 1 vez por semana
	1 a 2 vezes por semana
	3 ou mais vezes por semana

9. Durante o último mês, quantas vezes foi problemático manter o seu entusiasmo de fazer coisas?

	Nunca
	Menos de 1 vez por semana
	1 a 2 vezes por semana
	3 ou mais vezes por semana

10. Partilha a sua habitação com alguém?

	Não partilho a minha habitação com ninguém
	Partilho o quarto com alguém, mas em camas separadas
	Partilho a habitação, mas durmo sozinho no quarto
	Partilho a minha cama com alguém

11. Se partilha o seu quarto ou cama com alguém, com que frequência no último mês, essa pessoa lhe referiu que você tinha ...?

		Nunca	Menos de 1 vez por semana	1 a 2 vezes por semana	3 ou mais vezes por semana
a.	Ressonado				
b.	Grandes pausas respiratórias enquanto dormia				
c.	Tremor ou sacudidelas das pernas enquanto dormia				
d.	Episódios de desorientação ou confusão enquanto dormia				
e.	Outro tipo de transtornos enquanto dormia (por favor descreva)				

ESCALA DE SONOLÊNCIA DE EPWORTH

Qual a probabilidade de dormitar (passar pelas brasas) ou de adormecer – e não apenas sentir-se cansado (a) nas seguintes situações?

Este questionário refere-se ao seu modo de vida habitual nos últimos tempos. Mesmo que não tenha feito algumas destas coisas ultimamente, tente imaginar como é que elas o/a afetariam.

Use a escala que se segue para escolher o número mais apropriada para cada situação:

- 0 – nenhuma possibilidade de dormir
- 1 – ligeira possibilidade de dormir
- 2 – moderada possibilidade de dormir
- 3 – forte possibilidade de dormir

É importante que responda a cada questão o melhor que puder

Situação	Possibilidade de dormir
1 - Sentado (a) a ler	
2 - Ver televisão	
3 - Sentado (a) inativo (a) num lugar público (por exemplo sala de aula, igreja, cinema ou reunião)	
4 - Como passageiro (a) num carro, comboio ou autocarro, durante uma hora, sem paragem	
5 - Deitado (a) a descansar à tarde quando as circunstâncias o permitem	
6 - Sentado (a) a conversar com alguém	
7 - Sentado (a) calmamente depois de um almoço sem ter bebido álcool	
8 - Ao volante, parado(a) no trânsito durante uns minutos	

X Parte

INVENTÁRIO DE PERSONALIDADE DE EYSENCK (versão curta)

As perguntas a seguir dizem respeito ao modo como reage, sente e atua. Para cada uma das questões procure indicar qual das respostas representa a sua maneira atual de agir ou sentir, seleccionando o algarismo que melhor descreve o seu caso. Não há respostas certas ou erradas: o que nos interessa é a sua reacção imediata a cada uma das perguntas. **Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas.**

A classificação é a seguinte:

- 1 – Não se aplica quase nunca a mim
 - 2 – Aplica-se a mim poucas vezes
 - 3 – Aplica-se a mim muitas vezes
 - 4 – Aplica-se a mim quase sempre
-

	Quase nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
a) Gosta de muita excitação e alarido à sua volta?	1	2	3	4
b) O seu humor tem altos e baixos?	1	2	3	4
c) É uma pessoa cheia de vida?	1	2	3	4
d) Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	1	2	3	4
e) Gosta de se misturar com as pessoas?	1	2	3	4
f) Quando se aborrece precisa de alguém para conversar?	1	2	3	4
g) Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	1	2	3	4
h) É perturbado por sentimentos de culpa?	1	2	3	4
i) Vai e diverte-se muito numa festa animada?	1	2	3	4
j) Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa?	1	2	3	4
k) Gosta de pregar partidas?	1	2	3	4
l) Sofre de insónia?	1	2	3	4

Anexo II

Autorização para a utilização da Escala da Restrição Alimentar

Hola Liliana, sí, no hay problema

Afectuosamente

Jaime

Jaime R. Silva, Ph.D.

Facultad de Psicología
Universidad del Desarrollo

El 18-04-2014, a las 12:51, Liliana Martins l.fl_martins@sapo.pt> escribió:

Anexo III

Parecer da Comissão de Ética



PARECER

Nº 1/2014

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "PERSONALIDADE VERSUS FATORES DE RISCO NOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM"

Tendo as estudantes Ana Cláudia Santos, Ana Gabriela Saraiva; Carla Cristina Nunes, Liliana Filipa Martins e Madalena Fátima Silva, sob a orientação da Profª Doutora Cláudia Chaves e Profª Doutor João Duarte solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do Relatório Final do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, incluindo como participantes os estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESSV e outras Escolas Superiores que aceitem participar no estudo, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

- Considerando que o estudo se reveste de importância para identificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e as de contexto psicológico, na qualidade do sono, no comportamento alimentar, no exercício físico, nos níveis de *stress*, ansiedade e depressão, e nos hábitos tabágicos dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem;
- Considerando que o estudo se reverte em benefícios por constituir uma oportunidade para identificar os factores de risco de saúde dos estudantes e propor estratégias no sentido de proporcionar um ambiente académico mais saudável, favorecedor de melhores níveis de qualidade de vida e de mais elevados níveis de desempenho; nesse sentido, recomendamos que os dados sejam divulgados e que o relatório final seja disponibilizado à instituição;
- Considerando que a participação no estudo consiste na aplicação de um questionário aos estudantes e que a sua participação é voluntária, tendo garantia de ter sido fornecido o consentimento informado a todos os sujeitos participantes;
- Considerando que no questionário não há identificação nominal e que será garantida a anonimização dos sujeitos; recomendamos, contudo, o cumprimento do segredo profissional por parte das investigadoras na recolha de informação e administração dos questionários;
- Considerando que os dados colhidos não são considerados sensíveis;

Somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e tem uma adequada metodologia científica para ser realizado.

Viseu, 18 de fevereiro de 2014

Enfermeira Bárbara Filipe
A presidente da CE da ESSV

Resposta,
A Comissão
15.2.2014

