



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**CRENÇAS ALIMENTARES:
DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM
INSTRUMENTO**

CATARINA SOFIA GONÇALVES COELHO

Orientador de Dissertação

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Coordenador de Seminário de Dissertação

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

2017

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Isabel Leal, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde.

Agradecimentos

Desde já, agradeço à Professora Doutora Isabel Leal, pela orientação e disponibilidade prestada ao longo deste ano, importantes para a concretização desta etapa.

Quero também agradecer a todos os participantes, pois sem eles não seria possível a realização deste estudo. Em especial, aos que ajudaram à divulgação do estudo, atingindo um maior número de pessoas.

Um agradecimento especial à minha mãe, pelo amor, carinho e apoio sempre prestado, por estar sempre a meu lado. Por acreditar em mim. Sem ela, não seria capaz de concluir esta etapa da minha vida.

À Joana, por estes dois anos da nossa vida. Anos estes que teriam sido certamente mais difíceis sem ela. Seguramente que mais anos de trabalho e, acima de tudo, de amizade virão!

À Andrea, pelo trabalho conjunto durante este ano. Pela partilha de todas as frustrações vividas e pelo apoio. Conseguimos!

Aos meus amigos que sempre me apoiaram e ajudaram na divulgação deste estudo. Em particular à Sara também pela partilha e pela ajuda.

Por fim, aos meus colegas de turma, pela aprendizagem e vivência de experiências.

Resumo

Cada vez mais observa-se diferentes opiniões sobre o que é considerado como saudável ou não, o que tem impacto no comportamento alimentar, inclusive a adesão a uma alimentação saudável. As crenças tornam-se importantes determinantes da adesão e manutenção de alimentação saudável, tornando-se essenciais para o desenvolvimento de intervenções eficazes. O objetivo desta investigação foi o de estudar as crenças alimentares da população adulta portuguesa. Assim, validou-se um instrumento de avaliação de crenças alimentares, com 17 itens, que foi administrado a 409 participantes, entre os 18 e os 93 anos ($M = 37.04$, $DP = 15.43$), sendo 81.9% do género feminino. Os coeficientes observados revelam consistência interna razoável, sendo que a análise fatorial exploratória traduz 4 subescalas de crenças: Alimentação e Saúde ($\alpha=0.76$), Hábitos Alimentares Diários ($\alpha=0.72$), Barreiras à Alimentação Saudável ($\alpha=0.57$) e Ideologia ($\alpha=0.64$). Neste estudo, verificou-se que é o género feminino, comparativamente com o masculino, que apresenta crenças mais positivas, i.e., manifesta maior concordância com as recomendações nutricionais. O mesmo se observa em indivíduos com Ensino Secundário e o Ensino Superior, que apresentam maior concordância com as afirmações, por comparação com sujeitos com habilitações literárias inferiores. Constata-se que são os sujeitos mais velhos a relatarem crenças menos concordantes com as recomendações nutricionais, sendo que não se observaram diferenças significativas nas crenças dos participantes quanto ao seu rendimento mensal.

Palavras-chave: Crenças, Alimentação, Comportamento alimentar, Validação de escala

Abstract

There are different views on what is considered healthy or not, which has an impact on eating behaviour, including adherence to a healthy diet. Beliefs become important determinants of the adherence and management of healthy diet, making it essential for the development of effective interventions. The goal of this study was to analyse the nutrition beliefs of the Portuguese adult population. A 17-item assessment tool of nutrition beliefs was validated, and administered to 409 subjects – aged 18-93 ($M = 37.04$, $DP = 15,43$), of which 81.9% were women. The coefficients found revealed reasonable internal consistency, and an exploratory factor analysis showed 4 subscales of beliefs: Nutrition and Health ($\alpha=0.76$), Daily Eating Habits ($\alpha=0.72$), Barriers to a Healthy Diet ($\alpha=0.57$) and Ideology ($\alpha=0.64$). It was found that women, compared to men, had more positive beliefs, showing agreement with the nutritional recommendations. The same is observed in individuals with High School and Higher Education, who showed greater agreement with the items, compared with the subjects with lower academic qualifications. It was observed that older subjects report less consistent beliefs with nutritional recommendations, and no significant differences were observed in participants' beliefs regarding their monthly income.

Key-words: Beliefs, Nutrition, Eating behaviour, Scale validation.

Índice

Enquadramento Teórico.....	1
Método.....	6
Participantes.....	6
Material.....	8
Procedimento.....	9
Análise Estatística.....	10
Resultados.....	11
Discussão.....	16
Referências.....	19
Anexos	
A: Revisão de Literatura complementar.....	25
B: Consentimento Informado.....	29
C: Questionário Sociodemográfico.....	30
D: Questionário de Crenças Alimentares.....	31
E: Escala de Crenças Alimentares.....	38

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	7
Tabela 2. Estrutura Fatorial da Escala de Crenças Alimentares.....	12
Tabela 3. Estatística Descritiva das Subescalas.....	13
Tabela 4. Alfas de Cronbach das Subescalas e da Escala de Crenças Alimentares.....	13
Tabela 5. Médias, Desvio-padrão e resultados do Teste t-Student.....	14
Tabela 6. Correlações entre as Subescalas e a Idade.....	14

Enquadramento Teórico

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2004), a alimentação saudável é considerada um fator protetor na saúde, atuando na defesa contra a subnutrição, uma das maiores causas de mortalidade e doença, e na prevenção e gestão de condições crónicas. Uma nutrição adequada é essencial para um estilo de vida saudável, sendo capaz de modificar o risco da população tanto aos níveis de prevenção primária e secundária (Sofi, Macchi, Abbate, Gensini, & Casini, 2013). Mas devido às rápidas mudanças na alimentação e estilo de vida, assiste-se a uma forte perturbação de padrões dietéticos, marcados por um aumento de alimentos processados, consumo elevado de alimentos ricos em gordura e açúcar, em detrimento das frutas e vegetais essenciais para reduzir o risco de doenças (World Health Organization [WHO], 2003; 2015). Este impacto substancial na saúde e estatuto nutricional das populações encontra-se relacionado com a crescente epidemia de doenças crónicas, que afeta tanto países em desenvolvimento como países desenvolvidos, e que se estão a tornar em causas de deficiência e morte prematura cada vez mais significativas (WHO, 2003).

Por doenças crónicas entende-se condições de saúde adversas de longa duração e, por norma, de progressão lenta (Aguilera, Martin-Cabrejas, & de Mejia, 2016). São condições responsáveis pelo impacto negativo na qualidade de vida e por mortes prematuras, sendo que a grande maioria partilha fatores de riscos modificáveis, entre eles os hábitos alimentares (Cancer Care Ontario & Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2012; Viana, 2002).

De acordo com a *American Heart Association Dietary Guideline* (Lichtenstein et al., 2006), a dieta é um aspeto importante do estilo de vida, na medida em que manter uma alimentação saudável contribui para reduzir o risco de doenças crónicas. Como a nutrição é um dos maiores determinantes modificáveis de doenças crónicas, alterações feitas na dieta resultam em fortes efeitos, tanto positivos como negativos, na saúde e, por esta razão, os ajustamentos dietéticos podem não só influenciar a saúde presente como podem também determinar se um indivíduo desenvolve ou não doenças mais tarde (WHO, 2003).

Uma alimentação à base de alimentos calóricos, elevado consumo de açúcar e gordura, pouco ou nenhum consumo de verduras, combinada com um estilo de vida sedentário, constituem fatores de risco para desenvolver problemas de saúde (Lichtenstein et al., 2006). Deste modo, considera-se como saudável e promotora de uma boa saúde uma dieta rica em vegetais e frutas, com consumo de cereais integrais, azeite, peixe e carnes magras, e redução do sal e sua substituição por ervas aromáticas e especiarias (Lichtenstein et al., 2006). A água

surge como outra componente essencial para uma boa saúde, cujo o baixo consumo, i.e., menos de 1,5L de água por dia, está associado a problemas renais, hipertensão arterial e desidratação que, em casos extremos, pode levar à morte (Candeias, Nunes, Morais, Cabral, & da Silva, 2005).

Apesar de existirem diferentes dietas, a Dieta Mediterrânica é a que desperta mais interesse por parte de profissionais de saúde na medida em que é um padrão de alimentação saudável caracterizado por um elevado consumo de cereais integrais, vegetais, peixe e azeite, e também por um consumo moderado de vinho tinto, rico em antioxidantes (Benhammou et al., 2016; Bonaccio et al., 2013). É uma dieta que está positivamente associada com um melhor estado de saúde e qualidade de vida (Bonaccio et al., 2013), tendo sido ligada a uma diminuição do risco de desenvolvimento de diversas doenças e a uma maior longevidade das populações de países mediterrâneos (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2014). Desta forma, é conhecida como um padrão dietético protetivo de doenças e de redução da mortalidade destas, na medida em que se demonstrou que uma elevada adesão a este padrão está significativamente associada com uma redução da mortalidade geral, mortalidade de doenças cardiovasculares, incidência ou mortalidade de cancro e incidência de doenças neurodegenerativas (Sofi, Cesari, Abbate, Gensini, & Casini, 2008). Vários são os estudos que demonstraram esta associação, especificando que tipo de alimentos típicos da dieta mediterrânica contribuem para a redução de doenças crónicas (ver Anexo A).

Hoje em dia, a população defronta-se com uma enorme quantidade de informação sobre alimentação e saúde (De Cicco et al., 2006). Para os indivíduos alcançarem uma dieta saudável, têm de conseguir navegar adequadamente num sistema alimentar complexo, capacidade a que se dá o nome de Literacia Alimentar (Vidgen & Gallegos, 2014). Este é um termo que descreve a capacidade do indivíduo em obter, processar e compreender informação sobre alimentação, e ter competências para usar essa informação, de maneira a assegurar que a ingestão regular de comida é consistente com as recomendações nutricionais e que são tomadas decisões de saúde apropriadas (Vaitkeviciute, Ball, & Harris, 2014; Vidgen & Gallegos, 2014). Deste modo, a literacia surge como um fator chave que explica diferenças na alimentação, com práticas saudáveis associadas a boas capacidades de literacia nutritiva (Silk, et al., 2008; Lino, Basiotis, Anand, & Variyam, 1998)

Porém, os resultados de saúde, inclusive a adesão a uma alimentação saudável, também dependem de processos mediadores como o conhecimento, atitudes e crenças, que são

determinantes motivacionais sociocognitivos que têm peso nas ações de saúde (von Wagner, Steptoe, Wolf, & Wardle, 2009). Neste sentido, podemos focarmo-nos na noção de crença, forma mais simples de representação mental, que surge definida como uma disposição para a ação (Diniz, 2004; Rakotosamimanana, Arvisenet, & Valentin, 2014). As crenças são pensadas como tendo um papel causal na produção do comportamento, não podendo haver ações sem crenças (Furtado, 2011), sendo que, desta forma, as crenças de saúde tornam-se preditores chave dos comportamentos de saúde (Ogden, 2012).

Assim, a compreensão das variáveis sociocognitivas, como o conhecimento, atitudes e crenças que influenciam as práticas alimentares, é vital para o desenvolvimento de intervenções culturais apropriadas que promovam uma mudança comportamental relacionada com a alimentação (Fernandez, Rolley, Rajaratnam, Everett, & Davidson, 2015). Assume-se que o conhecimento nutricional influencia as atitudes e crenças alimentares que, por sua vez, são determinantes do comportamento alimentar (Axelson and Brinberg, 1992). Mas como o conhecimento por si só não prediz ou muda comportamento, é necessário compreender a maneira como as pessoas pensam sobre o seu comportamento e, por isso, estratégias que focam as crenças sobre a dieta e a saúde podem ajudar na adoção de uma alimentação saudável (Ogden, 2012; Patterson, Kristal, Lynch, & White, 1995).

Desta forma, observa-se que as crenças populacionais da dieta têm um importante papel mediador na adesão a uma dieta saudável, pois podem manifestar-se na frequência e no padrão do consumo de alimentos e nas técnicas de preparação de comida, podendo ser influenciadas pela disponibilidade de alimentos, pelo custo ou conveniência destes (De Cicco et al., 2006; Kittler, Sucher, & Nelms, 2011). Torna-se, assim, importante estudar as crenças alimentares na população, pois existem diferentes crenças sobre a importância de comer de acordo com as recomendações de saúde que podem contribuir para explicar diferenças comportamentais na escolha dos alimentos (Beydoun & Wang, 2008; Wardle et al., 2004).

Sabe-se que fatores demográficos e socioeconômicos, como o gênero, a idade, as habilitações literárias e o rendimento mensal, influenciam as escolhas alimentares relatadas pelos indivíduos, sendo determinantes que muitas vezes se encontram interrelacionados (Tepper, Choi, & Nayga Jr, 1997). Além destes, fatores como a fome, as preferências individuais de sabor (Tepper et al., 1997), os motivos de aderir a uma alimentação saudável (e.g., magreza e/ou beleza), ou até mesmo as barreiras e benefícios têm também um importante papel nas escolhas dos alimentos. A disponibilidade dos alimentos saudáveis é também um fator

que influencia o consumo destes, sendo importante melhorar o seu fornecimento de forma a enriquecer a alimentação das pessoas, tendo em atenção a redução de preço (Willett et al., 2006).

Relativamente às diferenças de género, observa-se que as crenças são importantes na escolha dos alimentos, tendo os homens menos probabilidade de seguir recomendações nutricionais e as mulheres relatarem escolhas mais saudáveis (Wardle et al., 2004). Comparadas com os homens, as mulheres têm maior probabilidade de evitar alimentos ricos em gordura, de comer alimentos ricos em fibra e mais fruta diariamente e de limitarem o uso de sal, sendo que também reportam fortes crenças quanto à importância de todos os aspetos da dieta, são mais atraídas por outras ideologias sobre a comida e cozinham com mais frequência (De Cicco et al., 2006; Wardle et al., 2004). Uma possível explicação para estas diferenças de género é o facto de as mulheres terem mais consciência sobre a sua saúde e melhor conhecimento nutricional relativamente a questões relacionadas com o conteúdo dos alimentos e com a definição de uma dieta equilibrada (De Cicco et al., 2006; Yahia, Wang, Rapley, & Dey, 2015). Observa-se ainda que são estas que sofrem de maior insatisfação corporal e de distúrbios alimentares, o que pode também explicar estas diferenças de género, pois influencia a decisão de fazerem mais dietas e de terem um maior cuidado com a sua alimentação (De Cicco et al., 2006).

A idade encontra-se significativamente relacionada com as crenças alimentares e com o conhecimento das recomendações nutricionais e composição dos alimentos (Patterson et al., 1995), sendo que se observa que são os jovens e os idosos que têm maior probabilidade de ter menos conhecimento comparativamente com o resto das faixas etárias (Harnack, Block, Subar, & Lane, 1998). É também a população geriátrica que menos sabe sobre os benefícios dos alimentos, acreditando que não há necessidade de mudar tanto a quantidade como a qualidade da sua alimentação com o avançar da idade (Riyami et al., 2010). Torna-se importante identificar a maneira como os jovens pensam sobre a sua saúde, e no que é que a influencia, (Giskes, Patterson, Turrell, & Newman, 2005), de modo a encorajar comportamentos de saúde com o fim de fazer mudanças apropriadas de estilo de vida antes do desenvolvimento de doenças crónicas (Yahia et al., 2015).

Verifica-se que a alimentação e as habilitações literárias dos indivíduos também estão associadas. Entende-se por habilitações literárias o conhecimento dos indivíduos, sendo que elevados níveis de conhecimento nutricional são observados em populações educadas e bem informadas, como estudantes universitários (Tepper et al., 1997). A escolaridade encontra-se

associada com atitudes positivas em relação à fruta e à prevenção de doenças e, desta forma, indivíduos com uma maior escolaridade manifestam um elevado consumo de alimentos saudáveis, nomeadamente fruta, e uma menor probabilidade de consumir alimentos menos saudáveis, como o *fast food* (Gibson, Wardle, & Watts, 1998; Tepper et al., 1997). É importante notar que são os jovens, idosos, homens e sujeitos com menos educação que aparecem como alvo para intervenções de nutrição (Patterson et al., 1995).

Quanto à relação entre alimentação e rendimento mensal, observa-se que populações economicamente em desvantagem optam por opções menos saudáveis, na medida em que os custos da comida fresca continuam a ser superiores aos custos de *fast food* ou *take-away* (Fernandez et al., 2015). Pessoas com menor rendimento, sendo este classificado ao nível da pobreza, têm maior probabilidade de ter um baixo nível de conhecimento e de escolaridade (Harnack, et al., 1998). Por exemplo, mulheres desempregadas, com menor educação e estatuto social mais baixo, manifestam pouco evitamento de gordura, e uma explicação possível é o facto de estarem em grupos com menos contacto com a cultura dominante da classe média (Devine & Sandström, 1996). Relativamente às frutas e vegetais, o seu consumo é menor em famílias com dificuldades, notando-se a falta de diversidade e uma qualidade pobre na alimentação destas (Beydoun & Wang, 2008; Wolfe & Campbell, 1993).

É de notar que uma alimentação saudável está também relacionada com hábitos de saúde em família, na medida em que se considera que é importante comer em família às refeições, pelo menos uma vez por dia, tendo a frequência destas refeições influência no excesso de peso e na obesidade em adolescentes (George, Shacter, & Johnson, 2011). São refeições dotadas de regras sobre alimentos que, por sua vez, vão influenciar as escolhas alimentares dos adolescentes, na medida em que a maioria dos pais tentam ter alimentos saudáveis disponíveis em casa (George et al., 2011). Desta forma, a história pessoal e familiar permite compreender o desenvolvimento dos hábitos alimentares (Viana, 2002), sendo que melhorar o ambiente familiar pode ajudar as pessoas a fazer escolhas alimentares mais saudáveis (Blanck, Thompson, Nebeling, & Yaroch, 2011).

Fatores modificáveis do estilo de vida, inclusive a alimentação, têm impacto nos resultados de saúde, podendo prevenir, retardar ou reverter doenças crónicas associadas com o processo de envelhecer (Riyami et al., 2010). Sabe-se que durante este processo é necessário que se proceda a uma alteração dos padrões dietéticos, de modo a alterar tanto a qualidade como a quantidade da nutrição, no entanto apenas 17% dos sujeitos acredita que a quantidade também

deve mudar e 24% aceita que deve incluir certo tipo de alimentos (Riyami et al., 2010). Variações nos fatores de risco, e nos resultados de saúde associados a estes, são em parte atribuídos a mudanças nos determinantes económicos, demográficos e sociais, sendo a alimentação não saudável, uma inadequada atividade física e a falta de equilíbrio energético preocupações particulares (WHO, 2004).

Em suma, parece haver uma relação entre alimentação e saúde, na medida em que uma alimentação saudável poderá ser determinante nos resultados de saúde, nomeadamente no aparecimento e manutenção de doenças crónicas. Quanto mais saudável a alimentação do indivíduo for, menos probabilidade este tem de desenvolver problemas de saúde e mais facilmente poderá geri-los.

Cada vez mais, existe interesse pela alimentação e pelo impacto que esta tem na saúde das pessoas. Sabemos que é importante estudar as crenças alimentares que as pessoas têm, de forma a conseguirmos compreender o que a população pensa e acredita sobre o que é ser saudável e como conseguir ser saudável, apesar de tanta informação nutricional que é recomendada e que vai mudando consoante os tempos.

No entanto, verifica-se que não existem instrumentos que meçam as crenças alimentares, além de poucos serem os estudos sobre estes conceitos na população portuguesa. Assim, o presente estudo de carácter exploratório, destina-se a construir e validar um instrumento de avaliação de crenças alimentares numa amostra de adultos portugueses.

Como objetivos específicos, pretende-se perceber se existem diferentes crenças alimentares de acordo com as características dos participantes, nomeadamente: idade, género, habilitações literárias e rendimento mensal.

Método

Participantes

No presente estudo, a amostragem é do tipo não aleatório/não probabilístico, devido ao facto de que a probabilidade de cada elemento pertencer à amostra não é igual para todos (Marôco & Bispo, 2005).

Numa primeira fase, recrutou-se uma amostra qualitativa constituída por 12 indivíduos, dois deles profissionais de nutrição, com os quais se realizaram entrevistas semiestruturadas, com duração média de 30 minutos, para se perceber o que caracteriza uma alimentação saudável. Este tipo de entrevistas permitiu obter mais informação, para além da estipulada no guião, e também um maior esclarecimento desta. Além disso, as entrevistas tiveram ainda como objetivo o fornecimento de material para a construção dos itens do questionário, nomeadamente ao nível da importância da alimentação e da sua relação com a saúde e com o desenvolvimento de doenças, qual o impacto desta no estilo de vida dos indivíduos, quais os fatores que determinam a adesão a uma alimentação saudável (e.g., barreiras, benefícios, etc.) e, por fim, ao nível da informação sobre alimentação disponível nos dias de hoje e quais as recomendações nutricionais.

Numa segunda fase, como critério de inclusão, estipulou-se que os participantes tinham de ter idade igual ou superior a 18 anos e, por não cumprirem este critério, 7 respostas não puderam ser consideradas para o estudo.

A amostra é composta por 409 participantes, entre os 18 e os 93 anos ($M = 37.04$, $DP = 15.43$), maioritariamente do género feminino (81.9%), com habilitações literárias distribuídas entre “Não frequentou nenhum sistema de ensino formal” a “Ensino superior”. O rendimento mensal encontra-se distribuído entre “Até 530€” e “Superior a 5 000€”, com a opção de escolha “Outra”, caso não se aplicasse nenhuma das opções expostas. De referir, que 141 participantes sofre de doença, e, destes, cerca de 70% sofre de doença crónica. Na tabela 1, descreve-se a caracterização sociodemográfica da amostra de forma sumária.

Tabela 1. *Caracterização sociodemográfica da amostra*

Características	<i>N</i>	%
Género		
Masculino	74	18.1
Feminino	335	81.9
Habilitações Literárias		
Não frequentou nenhum sistema de ensino formal	5	1.2
1º ciclo do Ensino Básico (1º ano – 4º ano)	10	2.4
2º ciclo do Ensino Básico (5º ano – 6º ano)	5	1.2

3º ciclo do Ensino Básico (7º ano – 9º ano)	16	3.9
Ensino Secundário (10º ano – 12º ano)	86	21.0
Ensino Superior	287	70.2
Rendimento Mensal		
Até 530€	93	22.7
Até 700€	57	13.9
Até 1 000€	90	22.0
Até 3 000€	99	24.2
Até 5 000€	5	1.2
Superior a 5 000€	4	1.0
Outra	61	14.9
Doença(s)		
Sim	141	34.5
Não	268	65.5
Doença Crónica		
Sim	111	27.1
Não	30	7.3

Material

O protocolo deste estudo foi constituído por um Consentimento Informado, um Questionário Sociodemográfico, e o Questionário de Crenças Alimentares (ver Anexos B, C e D, respetivamente).

Inicialmente é apresentado um Questionário Sociodemográfico que pretende caracterizar a amostra relativamente ao género, idade, habilitações literárias e rendimento mensal. Para além destas variáveis, é ainda pedido aos participantes que indiquem se têm algum tipo de doença e se essa doença é crónica e qual é (para isto é explicado o que se considera como doença crónica).

Tendo em conta o objetivo principal, procedeu-se à construção de um questionário, com base em instrumentos utilizados nos vários estudos revistos sobre alimentação e crenças, na

revisão de literatura e nas entrevistas realizadas. O Questionário de Crenças Alimentares, destinado a população adulta, é constituído por duas partes:

- A avaliação das crenças alimentares na população adulta portuguesa, com 54 itens, em que se pretende saber o que é que as pessoas consideram como alimentação saudável, se acreditam que existe relação entre alimentação e saúde e o que é que influencia na adesão a uma alimentação saudável (e.g., beleza, benefícios, barreiras, etc.).
- A avaliação de crenças sobre a relação entre alimentação e doenças crónicas, com 9 questões que pretendem perceber se as pessoas acreditam que a alimentação pode ter impacto no desenvolvimento e manutenção de vários tipos de doenças crónicas.

É um questionário de autopreenchimento cujo o formato dos itens só permite uma alternativa de resposta, numa escala de Likert de cinco pontos. Assim, o formato do tipo de resposta variava entre: Discordo Bastante; Discordo; Nem Concordo nem Discordo; Concordo; e Concordo Bastante. A chave de cotação variava entre 1, 2, 3, 4, 5, conforme as alternativas de resposta. Na última questão, sobre a relação entre alimentação e doenças crónicas, o formato de resposta é de escolha múltipla, em que os participantes podiam assinalar mais do que uma opção.

A presente validação insere-se na primeira parte do Questionário de Crenças Alimentares.

Procedimento

Numa fase inicial, foram realizadas entrevistas sobre a temática do estudo, i.e., o que é uma alimentação saudável, qual a importância desta e quais os fatores decisivos que influenciam na adesão a uma dieta saudável; se existe mais que uma dieta saudável e o que é que a caracteriza; se existe relação entre alimentação saudável e saúde, inclusive o desenvolvimento de doenças crónicas; o que é que as pessoas pensam relativamente à informação disponível sobre a alimentação. Nesta fase, a amostra foi selecionada por conveniência (Marôco, 2010).

De seguida, procedeu-se ao desenvolvimento de um questionário que avalia as características dos participantes e do questionário que mede as crenças populacionais em

relação à alimentação. Optou-se por fazer a realização de um pré-teste, do qual resultaram algumas alterações, inclusive a redução de itens ou por serem semelhantes com outros itens ou por não serem de fácil esclarecimento, originando alguma confusão. Posteriormente, procedeu-se à sua aplicação e validação numa amostra de adultos portugueses.

Para o recrutamento de participantes, o questionário foi divulgado através de meios eletrónicos, como o *Facebook* e o correio eletrónico. Inicialmente foi divulgado a um grupo de indivíduos de interesse e, a partir daqui, contactou-se outros indivíduos, pedindo que o questionário fosse o mais amplamente divulgado – efeito bola de neve (Marôco, 2010). Além disso, tornou-se necessário recolher parte da amostra presencialmente, pois observou-se que participantes mais idosos são mais difíceis de recrutar online.

Para todos os participantes consta no questionário a folha do consentimento informado, em que se explica o porquê de se estar a realizar este estudo, garantindo que os dados recolhidos serão anónimos e confidenciais. É também esclarecido aos participantes que a sua participação é voluntária e que, por isso, podem interromper a qualquer momento e que têm autonomia para desistir de participar.

Desta forma, a recolha de dados foi realizada de duas formas, na presença do investigador e sem a presença deste. Com o investigador presente, o próprio informava sobre o objetivo do estudo, o carácter voluntário do mesmo, anonimato e confidencialidade, sendo instruído que o questionário conta com uma página relativa a características sociodemográficas e as restantes páginas relativas ao Questionário de Crenças Alimentares, sendo que o consentimento informado permanece presente. Sem a presença do investigador (plataforma online), a mesma informação é dada através do consentimento informado.

Análise Estatística de Dados

A análise estatística foi realizada através do programa estatístico SPSS, versão 22.

Numa primeira fase, procedeu-se à análise da estatística descritiva da presente amostra, de modo a caracterizar os participantes em estudo.

De seguida, realizou-se uma Análise Fatorial Exploratória, de forma a identificar a subescalas do questionário e quais os itens a serem retidos. A consistência interna da escala, e respetivas subescalas, foi estimada através do cálculo do alfa de *Cronbach*.

Numa terceira fase, analisou-se se as variáveis sociodemográficas tinham efeito nas crenças alimentares da amostra. Assim sendo, para testar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias do género (feminino vs. masculino) quanto às suas crenças, recorreu-se ao Teste *t*-Student. Procedeu-se, ainda, ao estudo de correlações, através da correlação de *Pearson*, de forma a observar se existe associação entre a idade e as crenças alimentares da amostra. E para averiguar também a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e as crenças, utilizou-se o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*, por a variável independente não atingir o pressuposto de normalidade. Quanto às diferenças entre a variável independente (rendimento mensal) e a variável dependente (crenças), recorreu-se à ANOVA *one-way*, sendo que nos casos em que os pressupostos de homogeneidade não eram válidos, segundo o Teste de Levene ($p \leq 0.05$), optou-se por o teste de *Kruskal-Wallis*, de forma a comparar a distribuição das crenças.

Resultados

A análise das propriedades psicométricas incidiu principalmente na validade e na fiabilidade da escala.

Realizaram-se várias soluções de Análises Fatoriais Exploratórias, com 4, 5 e 6 fatores. A melhor solução, tanto a nível estatístico como a nível semântico, é a apresentada, com rotação a 4 fatores. Assim sendo, o valor de medida de adequação de amostragem, Kaiser-Meyer-Olkin, é razoável ($KMO = 0.744$) e, deste modo, é possível estimar a análise fatorial, sendo que as correlações entre itens permitem definir fatores. Utilizou-se a rotação *varimax* e recorreu-se à regra de retenção de fatores que expliquem mais de 5% da variância. O total da variância é explicado por quatro fatores, sendo que o Fator I explica 20.06%, o Fator II explica 14.68%, o Fator III explica 9.83% e o Fator IV explica 7.25%. Estes quatro fatores são responsáveis por 51.82% da variância total.

Reteve-se 17 itens, distribuídos da seguinte maneira: 5 itens no Fator I, 5 itens no Fator II, 4 itens no Fator III, e 3 itens no Fator IV. O Fator I, denominado de *Subescala de Alimentação e Saúde*, compreende os itens 1, 2, 5, 32 e 47; o Fator II, designado de *Subescala de Hábitos Alimentares Diários*, compreende os itens 10, 17, 23, 43 e 50; o Fator III, nomeado de *Subescala de Barreiras à Alimentação Saudável*, compreende os itens 11, 18, 19 e 33; e, por

fim, o Fator IV, correspondente à *Subescala de Ideologia* compreende os itens 22, 30 e 45. Em anexo, encontra-se a Escala de Crenças Alimentares (ver Anexo E). Os pesos fatoriais de cada item, encontram-se disponíveis na Tabela 2.

Tabela 2. *Estrutura Fatorial da Escala de Crenças Alimentares*

	Subescalas			
	I	II	III	IV
Item 1	0.74			
Item 2	0.77			
Item 5	0.62			
Item 10		0.63		
Item 11			0.68	
Item 17		0.63		
Item 18			0.79	
Item 19			0.56	
Item 22		-0.30		0.76
Item 23		0.77		
Item 30				0.75
Item 32	0.72			
Item 33			0.51	
Item 43		0.69		
Item 45				0.69
Item 47	0.57	0.32		
Item 50		0.61		

Nota. Método de Extração: Análise de Componente Principal. Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser – Rotação convergida em 6 iterações.

Destaca-se que a Subescala de Hábitos Alimentares Diários engloba os itens formulados na negativa, enquanto os restantes fatores abrangem os itens positivos.

A pontuação manteve-se, com todos os itens a serem cotados por 1, 2, 3, 4 ou 5, conforme a opção escolhida: Discordo Bastante, Discordo, Nem Concordo nem Discordo, Concordo ou Concordo Bastante respetivamente. Considera-se que quanto mais alta a pontuação, mais crenças positivas as pessoas têm, i.e., as crenças sobre a alimentação estão de acordo com as recomendações nutricionais. Por outro lado, quanto mais baixa for a pontuação, menos crenças acertadas as pessoas têm.

Para testar a sensibilidade dos itens das subescalas, de forma a perceber se têm capacidade de discriminar indivíduos estruturalmente diferentes, foram analisadas as medidas de forma, com valores de assimetria ($Sk \leq 3$) e de curtose ($Ku \leq 7$) considerados como adequados e, portanto, revelando uma boa sensibilidade dos itens e das subescalas.

Tabela 3. *Estatística Descritiva das Subescalas*

Subescalas	N	Min.	Máx.	M	DP	Sk	Sk Erro Padrão	Ku	Ku Erro Padrão
I	409	1.90	5.00	4.1599	0.49834	-1.019	0.121	2.738	0.241
II	409	2.00	5.00	4.3423	0.55572	-0.916	0.121	0.852	0.241
III	409	1.60	5.00	3.7267	0.62442	-0.509	0.121	0.367	0.241
IV	409	1.00	5.00	2.3570	0.74187	0.775	0.121	1.314	0.241
N	409								

No que concerne à Fiabilidade da escala, esta foi analisada através do cálculo do *alfa* de Cronbach, medida de consistência interna (Tabela 4.). Os *alfas* obtidos para os fatores I, II, III e IV foram de $\alpha=0.76$, $\alpha=0.72$, $\alpha=0.57$ e $\alpha=0.64$ respetivamente. No entanto, apesar de os fatores III e IV apresentarem *alfas* baixos, o *alfa* de Cronbach estratificado da escala é de $\alpha_{Est}=0.74$, portanto, considerando um indicador razoável de consistência interna da escala. De notar que, como não existem instrumentos de crenças alimentares, estamos perante uma escala com carácter muito exploratório, o que pode justificar os resultados.

Tabela 4. *Alfas de Cronbach das Subescalas e da Escala de Crenças Alimentares*

Subescalas	Nº de itens	Alfas de Cronbach
Alimentação e Saúde	5	0.76
Hábitos Alimentares Diários	5	0.72
Barreiras à Alimentação Saudável	4	0.57
Ideologia	3	0.64
Total	17	0.74

No que se refere à relação entre as crenças da amostra e as variáveis sociodemográficas, foram observadas algumas diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente à aplicação do Teste *t*-Student, utilizou-se um nível de significância de 0.05, de forma a verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre as crenças

das várias subescalas no que respeita ao género (feminino vs. masculino). Quanto às Subescalas I, II e III, observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre género [$t(407) = 2.984$, com $p = 0.003$; $t(407) = 2.402$, com $p = 0.017$; e $t(407) = 1.833$, com $p = 0.068$, respetivamente], com as mulheres a manifestarem maior concordância com as recomendações nutricionais, no que respeita à relação entre alimentação e saúde, aos hábitos alimentares diários e às barreiras face à alimentação saudável. Apenas as crenças culturais não se apresentam como diferentes entre género [$t(407) = 0.649$, com $p = 0.517$] (Tabela 5.)

Tabela 5. Médias, Desvio-padrão e resultados do Teste *t*-Student.

Subescalas	Género	N	M	DP	Teste <i>t</i> -Student
Alimentação e Saúde	Masculino	74	3.99	0.52	$t(407) = 2.984$, $p = 0.003$
	Feminino	335	4.19	0.50	
Hábitos Alimentares Diários	Masculino	74	4.20	0.60	$t(407) = 2.402$, $p = 0.017$
	Feminino	335	4.37	0.55	
Barreiras à Alimentação Saudável	Masculino	74	3.58	0.64	$t(407) = 1.833$, $p = 0.068$
	Feminino	335	3.76	0.63	
Ideologia	Masculino	74	2.31	0.60	$t(407) = 0.649$, $p = 0.517$
	Feminino	335	2.37	0.77	

A fim de estudar a associação entre a idade e as crenças, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson*, (Tabela 6.), em que se verificou que as crenças sobre alimentação e saúde apresentam uma fraca correlação com a idade ($r = -0.124$, com $p \leq 0.05$), as crenças sobre os hábitos alimentares diários apresentam uma correlação moderada com a idade ($r = -0.296$, com $p \leq 0.01$) e as crenças sobre as barreiras face à alimentação saudável manifestam também uma correlação fraca com a idade ($r = -0.181$, com $p \leq 0.01$, respetivamente). Deste modo, estas as subescalas encontram-se significativamente diferenciadas entre idades, com os participantes mais velhos a relatarem crenças menos positivas. Quanto à relação entre a idade e as crenças ideológicas, não se observou nenhuma correlação significativa ($r = 0.058$, com $p \geq 0.05$).

Tabela 6. Correlações entre as Subescalas e a Idade.

Subescalas	Idade	
	Coefficiente de correlação <i>r</i>	Sig. (2 extremidades)

Alimentação e Saúde	-0.124*	0.012
Hábitos Alimentares Diários	-0.296**	0.000
Barreiras à Alimentação Saudável	-0.181**	0.000
Ideologia	0.058	0.243

Nota. * A correlação é significativa no nível 0.05. ** A correlação é significativa no nível 0.01.

Para verificar a existência de diferenças nas crenças alimentares entre os vários grupos de habilitações literárias, procedeu-se ao teste de *Kruskal-Wallis*, com habilitações literárias [grupo 0: Não frequentou nenhum sistema de ensino formal; grupo 1: 1º ciclo do Ensino Básico (1º ano – 4º ano); grupo 2: 2º ciclo do Ensino Básico (5º ano – 6º ano); grupo 3: 3º ciclo do Ensino Básico (7º ano – 9º ano); grupo 4: Ensino Secundário (10º ano – 12º ano); grupo 5: Ensino Superior] como variável independente, e as subescalas como variáveis dependentes. Os resultados foram significativos para as subescalas de Alimentação e Saúde [$X^2_{KW}(5) = 13.416$, $p = 0.020$] e de Hábitos Alimentares Diários [$X^2_{KW}(5) = 31.094$, com $p = 0.000$].

Para a subescala I, através da comparação de pares, foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos 2 e 5 ($p = 0.041$) e os grupos 4 e 5 ($p = 0.037$), ou seja, indivíduos com o 2º Ciclo do Ensino Básico e com Ensino Secundário apresentam crenças significativamente diferentes daqueles com o Ensino Superior, cuja média é mais elevada ($M = 4.45$). Desta forma, pode-se concluir que os sujeitos com Ensino Superior apresentam maior concordância com as recomendações nutricionais quanto às crenças sobre alimentação e saúde.

Através das comparações de pares, foram observadas diferenças significativas na subescala II entre os grupos 0 e 4 ($p = 0.005$), os grupos 0 e 5 ($p = 0.001$), os grupos 1 e 4 ($p = 0.006$), os grupos 1 e 5 ($p = 0.001$), os grupos 2 e 4 ($p = 0.037$), os grupos 2 e 5 ($p = 0.013$), e os grupos 3 e 5 ($p = 0.015$). Assim sendo, apurou-se que a média do grupo 4 é significativamente mais elevada ($M = 4.34$) que nos grupos 0, 1, e 2, ou seja, que os indivíduos com o Ensino Secundário apresentam crenças sobre os hábitos alimentares mais relacionadas com as recomendações nutricionais de saúde, comparativamente com indivíduos cujas habilitações literárias são inferiores. Por outro lado, a média do grupo 5 é também significativamente superior ($M = 4.41$) que nos grupos 0, 1, 2 e 3, revelando que os sujeitos com Ensino Superior revelam crenças mais positivas do que aqueles com habilitações literárias inferiores ao Ensino Secundário.

De forma a averiguar a existência de diferenças nas crenças alimentares entre os vários grupos de rendimento mensal, procedeu-se à ANOVA *one-way*, com rendimento mensal (grupo 0: Até 530 €; grupo 1: Até 700 €; grupo 2: Até 1000 €; grupo 3: Até 3000€; grupo 4: Até 5000€; grupo 5: Superior a 5000€; grupo 6: Outro) como variável independente, e as subescalas como variáveis dependentes. O teste da ANOVA apenas pode ser aplicado à Subescala II [$F(6,402) = 0.542$, com $p = 0.776$] e à Subescala III [$F(6,402) = 1.530$ com $p = 0.167$], não se observado diferenças estatisticamente significativas nas crenças quanto ao rendimento mensal do indivíduo.

Para as Subescalas I e IV, procedeu-se à utilização do teste de Kruskal-Wallis, não se verificando diferenças significativas nem nas crenças sobre a alimentação e saúde [$X^2_{KW}(6) = 7.854$; $p = 0.249$], nem nas crenças ideológicas [$X^2_{KW}(6) = 8.497$; $p = 0.204$].

Discussão

O presente estudo teve como objetivo explorar as crenças alimentares de uma amostra da população portuguesa, de forma a desenvolver e a validar uma escala para população adulta. Assume-se que as crenças alimentares têm um papel mediador na adesão a uma alimentação saudável (De Cicco et al., 2006), tornando-se importante estudá-las de forma a compreender o comportamento alimentar da população. No entanto, sabe-se que não existem instrumentos que meçam as crenças alimentares, tornando-se pertinente esta investigação. Além da construção da escala, pretendeu-se ainda averiguar de que forma é que as crenças alimentares são influenciadas pelas características sociodemográficas dos indivíduos. Considera-se como crença positiva a que está de acordo com as recomendações mundiais de saúde e alimentação, sendo que quanto mais positiva for, maior concordância é manifestada com as recomendações.

As quatro subescalas explicam 51.82 % da variância total. No entanto, a escala apresenta um coeficiente de consistência interna baixo, com um alfa de Cronbach de 0.74, influenciado pelos alfas baixos das duas últimas subescalas. Estes resultados podem ser explicados pelo facto desta escala ser de carácter bastante exploratório, não havendo instrumentos de avaliação de crenças alimentares.

No que diz respeito à subescala de Crenças sobre a Alimentação e Saúde, observou-se que, em média, os adultos portugueses da amostra apresentam crenças positivas quanto aos

alimentos considerados saudáveis e ao seu impacto na sua saúde. São as mulheres e sujeitos com Ensino Superior que manifestam maior concordância com as recomendações nutricionais, apresentando crenças mais positivas, com sujeitos mais velhos a relatarem o oposto. Estes resultados vão ao encontro com os observados noutros estudos, em que o género masculino manifesta menor probabilidade de seguir as recomendações e o feminino mais consciência sobre a saúde, sendo que são os indivíduos com maior escolaridade que apresentam um consumo superior de alimentos saudáveis com atitudes positivas em relação à saúde (De Cicco et al., 2006; Gibson et al., 1998; Wardle et al., 2004).

Relativamente à subescala de Crenças sobre os Hábitos Alimentares Diários, os sujeitos da amostra apresentam, em média, elevada concordância com as recomendações nutricionais. Sabe-se que entre comportamentos promotores de saúde, encontram-se os hábitos alimentares, sendo as crenças preditores destes (Patterson et al., 1995; Viana, 2002). São assim crenças que se podem manifestar na frequência e no padrão de consumo de alimentos, com as mulheres apresentarem crenças mais positivas, ao manifestarem um maior cuidado diário com a sua alimentação (De Cicco et al., 2006; Kittler et al., 2011). Além das mulheres, os sujeitos da amostra com Ensino Secundário e Ensino Superior revelam, comparativamente com indivíduos com habilitações literárias inferiores, também maior concordância com as afirmações apresentadas, o que pode ser associado com a correlação negativa entre a idade e as crenças, com a população geriátrica a relatar significativamente menos crenças positivas. Uma possível explicação encontrada para estes resultados é de que os idosos portugueses, em geral, têm habilitações literárias inferiores e, portanto, menos conhecimento nutricional, cujos elevados níveis são observados em populações com maior educação (Tepper et al., 1007).

No que concerne à subescala Barreiras à Alimentação Saudável, constatou-se que, em média, a amostra nem concorda nem discorda com as afirmações, não apresentando uma opinião definida sobre o assunto. Apesar disso, o género feminino continua a mostrar-se mais concordante com as afirmações apresentadas, verificando-se também diferenças nas crenças sobre barreiras à alimentação saudável entre idades, com participantes mais velhos a discordarem das afirmações. Assim sendo, fatores como o custo de alimentos saudáveis, a falta de tempo em preparar refeições saudáveis e a ansiedade (especificamente, o *stress* e o nervosismo), são pensados pela amostra como tendo um papel determinante na recusa a uma alimentação saudável, constituindo-se como barreiras. Estes resultados vão de encontro aos encontrados por Lennernäs e colaboradores (1997), que verificaram que o custo e a qualidade dos alimentos, a falta de tempo e consequente conveniência na preparação de refeições, a

disponibilidade dos alimentos e o desejo de continuar a consumir os alimentos preferidos constituem as principais barreiras à alimentação saudável.

Na última subescala, de Ideologia de crenças, não se observaram diferenças significativas entre as características sociodemográficas da amostra. Uma possível explicação encontrada, é o facto de estarmos a falar da subescala com maior número de *outliers*, referentes a indivíduos que são muito discordantes (Concordo e Concordo fortemente) da média (Discordo). Não faria, porém, sentido não os incluir na análise estatística, na medida em que estamos a falar de crenças, que podem variar de acordo com as questões culturais de cada um, e de alimentação, um tema com muita discussão nos dias de hoje, em que um só alimento pode ser gerador de opiniões discrepantes. É o caso dos três itens que constituem esta subescala, que dizem respeito à carne, aos produtos lácteos e aos alimentos que constituem um pequeno-almoço saudável, sendo que os *outliers* acreditam que se tratam de produtos que não são tão saudáveis como os alimentos alternativos. De notar que existem *outliers* em todas as subescalas, o que comprova que a alimentação é um tema com opiniões discrepantes, gerando bastante discussão.

Analisando especificamente uma das variáveis sociodemográficas estudadas, contrariamente ao revisto na literatura, não se verificaram diferenças significativas em nenhuma das subescalas quanto ao rendimento mensal da amostra. Kearney, Kelly e Gibney (1998) também não encontraram interações significativas, concluindo que o nível de escolaridade é um melhor preditor de atitudes e crenças sobre a alimentação. Neste sentido, a variável rendimento mensal surge como uma limitação ao estudo e, assim, faria sentido reduzir as opções dadas para assinalar, ou optar por simplesmente fazer uma distinção entre empregado ou desempregado.

Relativamente a outras limitações da presente investigação, destaca-se o método de amostragem utilizado, *snow-ball*, o que pode ter enviesado os resultados. Além disso, a amostra é constituída por 81.9% de mulheres, sendo aconselhável obter uma amostra igualmente representativa de homens e mulheres. Outra limitação encontrada na amostra deve-se ao facto de ser constituída por 70.2% de sujeitos com Ensino Superior, sendo a restante percentagem distribuída por sujeitos com habilitações literárias inferiores. Por sua vez, estes resultados tiveram impacto na distribuição da amostra de habilitações literárias, não observando a normalidade estatística. Assim sendo, propõe-se que estudos futuros tentem também obter uma

amostra mais igualitária em termos de habilitações literárias, de modo a ultrapassar esta dificuldade sentida.

Sugere-se, ainda, que se teste a relação entre características ambientais (meio urbano vs. meio rural) e as crenças alimentares, por meio de observar de que forma é que o ambiente em que vivemos, o nosso contexto, determina as nossas crenças e o nosso comportamento alimentar.

Em suma, apesar de uma das justificações dadas para a falta de adesão a uma alimentação saudável ser o pobre conhecimento, existem outros determinantes importantes que necessitam de ser pensados (Silva, Pais-Ribeiro, & Cardoso, 2008). É nesta perspetiva que a compreensão de variáveis sociocognitivas que influenciam as práticas alimentares, nomeadamente as crenças, é essencial para a implementação de programas de promoção de saúde e prevenção de doenças, com resultados eficazes (Fernandez et al., 2015; Silva et al., 2008). Neste sentido, este trabalho veio contribuir para a construção de uma escala de avaliação de crenças alimentares, que são pontuadas de acordo com as atuais recomendações de nutrição. Pode, assim, tornar-se um instrumento útil à compreensão do comportamento alimentar, nomeadamente à adesão a uma alimentação saudável.

Referências

- Aguilera, Y., Martin-Cabrejas, M. A., & de Mejia, E. G. (2016). Phenolic compounds in fruits and beverages consumed as part of the mediterranean diet: Their role in prevention of chronic diseases. *Phytochemistry Reviews*, 15(3), 405-423. doi:10.1007/s11101-015-9443-z
- Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2014). Dieta mediterrânica – um padrão de alimentação saudável. 34, 1-66. Disponível em: http://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Dieta_Mediterranica.pdf
- Axelson, M. L., & Brinberg, D. (1992). The measurement and conceptualization of nutrition knowledge. *Journal of Nutrition Education*, 24(5), 239-246. doi.org/10.1016/S0022-3182(12)81238-6
- Benhammou, S., Heras-González, L., Ibáñez-Peinado, D., Barceló, C., Hamdan, M., Rivas, A., ... & Monteagudo, C. (2016). Comparison of mediterranean diet compliance between

- European and non-European populations in the mediterranean basin. *Appetite*, 107, 521-526. doi.org/10.1016/j.appet.2016.08.117
- Beydoun, M. A., & Wang, Y. (2008). Do nutrition knowledge and beliefs modify the association of socio-economic factors and diet quality among US adults? *Preventive Medicine*, 46(2), 145-153. doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.06.016
- Blanck, H. M., Thompson, O. M., Nebeling, L., & Yaroch, A. L. (2011). Improving fruit and vegetable consumption: Use of farm-to-consumer venues among US adults. *Preventing Chronic Disease*, 8(2), 1-5.
- Bonaccio, M., Di Castelnuovo, A., Bonanni, A., Costanzo, S., De Lucia, F., Pounis, G., ... & Iacoviello, L. (2013). Adherence to a mediterranean diet is associated with a better health-related quality of life: A possible role of high dietary antioxidant content. *BMJ open*, 3(8), 1-11. doi:10.1136/bmjopen-2013-003003
- Cancer Care Ontario & Ontario Agency for Health Protection and Promotion (2012). Taking action on chronic disease prevention. In Cancer Care Ontario & Ontario Agency for Health Protection and Promotion, *Taking action to prevent chronic disease: Recommendations for a healthier Ontario* (pp. 9-12). Toronto: Queen's Printer for Ontario. Disponível em: <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=125697>
- Candeias, V., Nunes, E., Morais, C., Cabral, M., & da Silva, P. R. (2005). Princípios para uma alimentação saudável. In Direção Geral da Saúde (Ed.), *Coleção: Princípios para uma alimentação saudável* (pp. 4-31). Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008723.pdf>
- De Cicco, M. F., Santos, N. D. O., da Silva, M. M., Laham, C., Junior, A. G., & de Lucia, M. C. S. (2006). Imagem corporal, práticas de dietas e crenças alimentares em adolescentes e adultas. *Psicologia Hospitalar*, 4(1), 1-27.
- Devine, C. M., & Sandström, B. (1996). Relationship of social roles and nutrition beliefs to fat avoidance practices: Investigation of a US model among Danish women. *Journal of the American Dietetic Association*, 96(6), 580-584. doi.org/10.1016/S0002-8223(96)00159-9
- Diniz, A. M. (2004). *Sobre essas coisas a que chamamos crenças: Para uma propedêutica da psicologia da crença*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fernandez, R., Rolley, J. X., Rajaratnam, R., Everett, B., & Davidson, P. M. (2015). Reducing the risk of heart disease among Indian Australians: Knowledge, attitudes, and beliefs

- regarding food practices – a focus group study. *Food & Nutrition Research*, 59(25770), 1-7. doi: 10.3402/fnr.v59.25770
- Furtado, M. R. (2011). *Uma discussão acerca do conceito de crença* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Letras, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- George, V. A., Shacter, S. D., & Johnson, P. M. (2011). BMI and attitudes and beliefs about physical activity and nutrition of parents of adolescents with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(11), 1054-1063. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01437.x
- Gibson, E. L., Wardle, J., & Watts, C. J. (1998). Fruit and vegetable consumption, nutritional knowledge and beliefs in mothers and children. *Appetite*, 31(2), 205-228. doi.org/10.1006/appe.1998.0180
- Giskes, K., Patterson, C., Turrell, G., & Newman, B. (2005). Health and nutrition beliefs and perceptions of Brisbane adolescents. *Nutrition & Dietetics*, 62(2-3), 69-75. doi: 10.1111/j.1747-0080.2005.00002.x
- Harnack, L., Block, G., Subar, A., & Lane, S. (1998). Cancer prevention-related nutrition knowledge, beliefs, and attitudes of us adults: 1992 NHIS cancer epidemiology supplement. *Journal of Nutrition Education*, 30(3), 131-138. doi.org/10.1016/S0022-3182(98)70303-6
- Kearney, M., Kelly, A., & Gibney, M. J. (1998). Attitudes toward and beliefs about nutrition and health among a nationally representative sample of Irish adults: Application of logistic regression modelling. *Journal of Nutrition Education*, 30(3), 139-148. doi.org/10.1016/S0022-3182(98)70304-8
- Kittler, P. G., Sucher, K. P., Nelms, M. (2011). Food and culture. In P. G. Kittler, K. P. Sucher, & M. Nelms, *Food and culture* (6^a ed., pp 1-34). USA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Lennernäs, M., Fjellström, C., Becker, W., Giachetti, I., Schmitt, A., de Winter, A. M R., & Kearney, M. (1997). Influences on food choice perceived to be important by nationally-representative samples of adults in the European Union. European. *Journal of Clinical Nutrition*, 51, S8-S15.
- Lichtenstein, A. H., Appel, L. J., Brands, M., Carnethon, M., Daniels, S., Franch, H. A., ... & Wylie-Rosett, J. (2006). Diet and lifestyle recommendations revision 2006: A scientific statement from the american heart association nutrition committee. *Circulation*, 114(1), 82-96. doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.176158

- Lino, M., Basiotis, P. P., Anand, R. S., & Variyam, J. N. (1999). The diet quality of Americans: Strong link with nutrition knowledge. *Family Economics and Nutrition Review*, *12*(1), 49-51.
- Marôco, J. (2010). Variáveis, populações e amostras. In J. Marôco (Ed.), *Análise Estatística com o PASW Statistics* (pp.21-29). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J., & Bispo, R. (2005). Tipos de amostragem. In J. Marôco & R. Bispo (Eds.), *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas* (pp. 77-96). Lisboa: Climepsi Editores
- Ogden, J. (2012). Health beliefs. In J. Ogden (Ed.), *Health psychology: A textbook* (5^a ed., pp. 37-64). England: McGraw-Hill Education.
- Patterson, R. E., Kristal, A. R., Lynch, J. C., & White, E. (1995). Diet-cancer related beliefs, knowledge, norms, and their relationship to healthful diets. *Journal of Nutrition Education*, *27*(2), 86-92. doi.org/10.1016/S0022-3182(12)80348-7
- Rakotosamimanana, V. R., Arvisenet, G., & Valentin, D. (2014). Studying the nutritional beliefs and food practices of Malagasy school children parents. A contribution to the understanding of malnutrition in Madagascar. *Appetite*, *81*, 67-75. doi.org/10.1016/j.appet.2014.05.032
- Riyami, A. A., Hadabi, S. A., Aty, M. A. A. E., Kharusi, H. A., Morsi, M., & Jaju, S. (2010). Nutrition knowledge, beliefs and dietary habits among elderly people in Nizwa, Oman: Implications for policy. *Eastern Mediterranean Health Journal*, *16*(8), 859-867. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/117951>
- Silk, K. J., Sherry, J., Winn, B., Keesecker, N., Horodynski, M. A., & Sayir, A. (2008). Increasing nutrition literacy: Testing the effectiveness of print, web site, and game modalities. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *40*(1), 3-10. doi: 10.1016/j.jneb.2007.08.012
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. L., & Cardoso, H. (2008). Porque comemos o que comemos: Determinantes psicossociais da selecção alimentar. *Psicologia, saúde & doenças*, *9*(2), 189-208. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862008000200002&lng=pt&tlng=en.
- Sofi, F., Cesari, F., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2008). Adherence to mediterranean diet and health status: Meta-analysis. *BMJ*, *337* (a1344), 1-7. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.a1344>

- Sofi, F., Macchi, C., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2013). Review article: Mediterranean diet and health. *International Union of Biochemistry and Molecular Biology*, 39(4), 335-342. doi: 10.1002/biof.1096
- Tepper, B. J., Choi, Y. -S., & Nayga Jr, R. M. (1997). Understanding food choice in adult men: Influence of nutrition knowledge, food beliefs and dietary restraint. *Food Quality and Preference*, 8(4), 307-317. doi.org/10.1016/S0950-3293(97)00014-1
- Vaitkeviciute, R., Ball, L. E., & Harris, N. (2014). The relationship between food literacy and dietary intake in adolescents: A systematic review. *Public Health Nutrition*, 18(04), 649–658. doi:10.1017/S1368980014000962
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4(20), 611-624.
- Vidgen, H. A., & Gallegos, D. (2014). Defining food literacy and its components. *Appetite*, 76, 50-59. doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.010
- von Wagner, C., Steptoe, A., Wolf, M. S., & Wardle, J. (2009). Health literacy and health actions: A review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior*, 36(5), 860-877. doi: https://doi.org/10.1177/1090198108322819
- Wardle, J., Haase, A. M., Steptoe, A., Nillapun, M., Jonwutiwes, K., & Bellisle, F. (2004). Gender differences in food choice: The contribution of health beliefs and dieting. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(2), 107-116. doi: 10.1207/s15324796abm2702_5
- Willett, W. C., Koplan, J. P., Nugent, R., Dusenbury, C., Puska, P., & Gaziano, T. A. (2006). Prevention of chronic disease by means of diet and lifestyle changes. In D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. B. Evans, ... & P. Musgrove (Eds.), *Disease control priorities in developing countries* (2^a ed., pp. 833-850). New York: The World Bank e Oxford University Press.
- Wolfe, W. S., & Campbell, C. C. (1993). Food pattern, diet quality, and related characteristics of schoolchildren in New York State. *Journal of the American Dietetic Association*, 93(11), 1280-1284. doi.org/10.1016/0002-8223(93)91955-P
- World Health Organization (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of a joint WHO/FAO expert consultation*. 916. Geneva. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/gsfao_introduction.pdf
- World Health Organization (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*.
- World Health Organization (2015). *Healthy diet*. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>.

Yahia, N., Wang, D., Rapley, M., & Dey, R. (2015). Assessment of weight status, dietary habits and beliefs, physical activity, and nutritional knowledge among university students. *Perspectives in Public Health*, 20(10), 1-14. doi: <https://doi.org/10.1177/1757913915609945>

Anexo A: Revisão de Literatura complementar

A Dieta Mediterrânica é conhecida como um padrão dietético protetor, ao estar associada a uma melhor qualidade de vida e à prevenção de doenças crónicas (Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2014; Bonaccio et al., 2013). Geralmente, estas são condições associadas à população geriátrica, mas observa-se que mais de 9 milhões de mortes atribuídas a doenças crónicas ocorrem antes dos 60, sendo deste modo, mortes prematuras que afetam todos os grupos etários e todas as regiões (Aguilera, Martin-Cabrejas, & de Mejia, 2016). A mortalidade ronda os 60% de mortes em todo o mundo e 80% de mortes causadas por doença crónica ocorrem em países com baixo e médio rendimento (Aguilera et al., 2016; World Health Organization [WHO], s.d.). A grande maioria destas doenças partilha fatores de risco modificáveis, entre eles os hábitos alimentares (Cancer Care Ontario & Ontario Agency for Health Protection and Promotion, 2012; Viana, 2002) e, é nesta perspetiva que vários estudos observaram a relação entre Dieta Mediterrânica e desenvolvimento de doenças crónicas.

Por exemplo, relativamente ao cancro, observa-se que as mulheres que vivem nos países mediterrâneos têm uma incidência mais baixa de cancro de mama, e que o consumo de cereais integrais tem sido associado à redução do risco de cancro gastrointestinal, o que revela que a nutrição é um dos fatores ambientais mais importantes na etiologia do cancro (Escrich, Moral, & Solanas, 2011; Gil, Ortega, & Maldonado, 2011). Esta dieta é também recomendada para prevenção secundária de doença coronária e doenças neurodegenerativas crónicas, sendo eficaz na redução de trombozes e no risco de complicações coronárias fatais (Demarin, Lisak, & Morović, 2011; De Lorgeril & Salen, 2011). Pode modificar favoravelmente o índice glicémico e, conseqüentemente o desenvolvimento e manutenção da diabetes. (Sofi, Macchi, Abbate, Gensini, & Casini, 2013). Verifica-se, ainda, que beber moderadamente vinho tinto (1 a 2 copos por dia), está associado a uma melhor expectativa de vida, resultando em menos taxas de mortalidade (Di Castelnuovo, et al., 2006). Como parte de uma estratégia pública para a prevenção de doenças crónicas, é também recomendado o consumo de cinco porções diárias de fruta e legumes (WHO, 2015).

Quando é questionado quais as doenças que estão relacionadas com o comportamento dietético das pessoas, a maioria dos participantes acredita que a obesidade é a principal doença associada (cerca de 90% de respostas), seguida da diabetes, hipertensão e doenças cardíacas, sendo que apenas uma minoria acredita que existe associação entre alimentação e cancro (cerca de 30%) (Harnack et al., 1999; Sherwood, Harnack, & Story, 2000). No entanto, é de notar que

uma grande maioria das pessoas concorda com o facto de que o que as pessoas comem pode fazer uma grande diferença na probabilidade de vir a desenvolver uma doença (Sherwood, et al., 2000).

Sabe-se que a dieta tem sido implicada na etiologia de vários tipos de cancro, inclusive o cancro da mama (Novak & Chapman, 2001). Adultos entre os 35 e os 59 anos são os que apresentam uma crença mais forte sobre a associação entre alimentação e cancro e mais conhecimento das recomendações nutricionais e dos componentes da comida, comparativamente com os 50% de idosos que manifestam crenças menos fortes sobre esta relação (Patterson, Kristal, Lynch, & White, 1995). Verifica-se que a escolaridade também está positivamente associada com crenças sobre a relação entre alimentação e cancro, com 50% de sujeitos com o ensino secundário ou menos a acreditarem que não existe relação, comparativamente com uma minoria de sujeitos com ensino superior a acreditarem no mesmo (Patterson et al., 1995). Desta forma, acredita-se que mudanças na alimentação e no estilo de vida do indivíduo, pode influenciar o risco de diagnóstico, curso de doença e risco de ressurgência (Novak & Chapman, 2001).

Apesar da maioria das pessoas manifestarem crenças corretas sobre a nutrição, Medeiros, Shipp e Taylor (1993) observaram que, no que diz respeito à relação entre colesterol e ataque cardíaco ou AVC, mais de 50% dos sujeitos revela crenças incorretas, colocando ênfase no colesterol, em vez de gordura total e saturada como fatores de risco para a doença coronária. Quanto à relação entre gordura e ataque cardíaco, a maioria dos participantes acredita que comer menos gordura terá impacto na redução do risco de ter um ataque cardíaco, dando-se mais destaque para o grupo com idades compreendidas entre 18 e 30 anos, i.e., jovens adultos (Medeiros et al., 1993).

Deste modo, verifica-se a importância de compreender as crenças de nutrição da população, e o seu conhecimento atual, especialmente no caso do excesso de peso e da obesidade, para que seja possível implementar planos eficazes de nutrição e atividade física com o objetivo de reduzir as taxas de obesidade e o risco de doenças crónicas relacionadas com esta (Harnack et al., 1999; Sherwood, et al., 2000).

Referências

- Aguilera, Y., Martin-Cabrejas, M. A., & de Mejia, E. G. (2016). Phenolic compounds in fruits and beverages consumed as part of the mediterranean diet: Their role in prevention of chronic diseases. *Phytochemistry Reviews*, 15(3), 405-423. doi:10.1007/s11101-0159443-z
- Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2014). *Dieta mediterrânica – um padrão de alimentação saudável*. 34, 1-66. Disponível em: http://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/Ebook_Dieta_Mediterranica.pdf
- Bonaccio, M., Di Castelnuovo, A., Bonanni, A., Costanzo, S., De Lucia, F., Pounis, G., ... & Iacoviello, L. (2013). Adherence to a mediterranean diet is associated with a better health-related quality of life: A possible role of high dietary antioxidant content. *BMJ open*, 3(8), 1-11. doi:10.1136/bmjopen-2013-003003
- Cancer Care Ontario & Ontario Agency for Health Protection and Promotion (2012). Taking action on chronic disease prevention. In Cancer Care Ontario & Ontario Agency for Health Protection and Promotion, *Taking action to prevent chronic disease: Recommendations for a healthier Ontario* (pp. 9-12). Toronto: Queen's Printer for Ontario. Disponível em: <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=125697>
- De Lorgeril, M., & Salen, P. (2011). Mediterranean diet in secondary prevention of CHD. *Public Health Nutrition*, 14(12A), 2333-2337. doi: 10.1017/S136898001100259X.
- Demarin, V., Lisak, M., & Morović, S. (2011). Mediterranean diet in healthy lifestyle and prevention of stroke. *Acta Clinica Croatica*, 50(1), 67-76.
- Di Castelnuovo, A., Costanzo, S., Bagnardi, V., Donati, M. B., Iacoviello, L., & de Gaetano, G. (2006). Alcohol dosing and total mortality in men and women: An updated meta-analysis of 34 prospective studies. *Archives of Internal Medicine*, 166(22), 2437-2445. doi:10.1001/archinte.166.22.2437
- Escrich, E., Moral, R., & Solanas, M. (2011). Olive oil, an essential component of the mediterranean diet, and breast cancer. *Public Health Nutrition*, 14(12A), 2323-2332. doi: 10.1017/S1368980011002588.

- Gil, A., Ortega, R. M., & Maldonado, J. (2011). Wholegrain cereals and bread: A duet of the mediterranean diet for the prevention of chronic diseases. *Public Health Nutrition*, 14(12A), 2316-2322. doi: 10.1017/S1368980011002576.
- Harnack, L., Story, M., Rock, B. H., Neumark-Sztainer, D., Jeffery, R., & French, S. (1999). Nutrition beliefs and weight loss practices of Lakota Indian adults. *Journal of Nutrition Education*, 31(1), 10-15. doi.org/10.1016/S0022-3182(99)70379-1
- Medeiros, L. C., Shipp, R., & Taylor, D. T. (1993). Dietary practices and nutrition beliefs through the adult life cycle. *Journal of Nutrition Education*, 25(4), 201-204. doi.org/10.1016/S0022-3182(12)81115-0
- Novak, K. L., & Chapman, G. E. (2001). Oncologists' and naturopaths' nutrition beliefs and practices. *Cancer practice*, 9(3), 141-146. doi: 10.1046/j.1523-5394.2001.009003141.x
- Patterson, R. E., Kristal, A. R., Lynch, J. C., & White, E. (1995). Diet-cancer related beliefs, knowledge, norms, and their relationship to healthful diets. *Journal of Nutrition Education*, 27(2), 86-92. doi.org/10.1016/S0022-3182(12)80348-7
- Sherwood, N. E., Harnack, L., & Story, M. (2000). Weight-loss practices, nutrition beliefs, and weight-loss program preferences of urban American Indian women. *Journal of the American Dietetic Association*, 100(4), 442-446. doi.org/10.1016/S0002-8223(00)00136-X
- Sofi, F., Macchi, C., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2013). Review article: Mediterranean diet and health. *International Union of Biochemistry and Molecular Biology*, 39(4), 335-342. doi: 10.1002/biof.1096
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4(20), 611-624. doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.010
- World Health Organization (2015). *Healthy diet*. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>.
- World Health Organization (s.d.). *Chronic diseases and health promotion*. Disponível em: <http://www.who.int/chp/en/>

Anexo B: Consentimento Informado

Pedido de Colaboração

Vimos por este meio convidá-lo a participar num estudo de investigação, no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde no Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário, sob a orientação da Professora Doutora Isabel Leal.

A presente investigação tem como objetivo contribuir para o estudo das crenças da população associadas à alimentação, de modo a desenvolver um instrumento de crenças alimentares. Para a sua realização, é necessário que tenha idade igual ou superior a 18 anos e que preencha um questionário disponível nas páginas seguintes, sendo que solicitamos que complete o questionário, respondendo a todas as questões que serão colocadas.

O seu contributo é importante para que possamos conhecer de que forma é que os portugueses acreditam que têm e mantêm uma alimentação saudável e em que é que esta consiste. A sua participação neste estudo tem carácter voluntário, sendo os dados recolhidos totalmente confidenciais. Sublinha-se que, como carácter voluntário que tem, a qualquer momento poderá interromper o estudo e desistir.

Agradecemos a sua disponibilidade e participação.

Muito obrigada!

Ao avançar para a próxima página, está a aceitar participar neste estudo.

Anexo C: Questionário Sociodemográfico

De seguida, encontrará algumas questões relativas a aspetos gerais da sua vida, pelo que não existirá respostas certas ou erradas. Pedimos que responda com sinceridade a todas as questões, indicando a resposta que mais se adequa ao seu caso com uma cruz (X) ou que responda de forma breve no espaço marcado na folha.

1. Género

Masculino

Feminino

2. Idade: _____

3. Habilitações literárias

Não frequentou nenhum sistema de ensino formal

1º ciclo do Ensino Básico (1º ano – 4º ano)

2º ciclo do Ensino Básico (5º ano – 6º ano)

3º ciclo do Ensino Básico (7º ano – 9º ano)

Ensino Secundário (10º ano – 12º ano)

Ensino Superior

4. Rendimento Mensal

Até 530 €

Até 700 €

Até 1 000 €

Até 2 000 €

Até 3 000 €

Até 5 000 €

Superior a 5 000 €

Outra: _____

5. Sofre de algum tipo de doença(s)?

Sim

Não

6. É uma doença crónica (doença que não é transmissível, tem uma longa duração e geralmente uma progressão lenta)?

Sim

Não

7. Se respondeu sim à pergunta anterior, indique qual (quais):

Anexo D: Questionário de Crenças Alimentares

Crenças Alimentares e Prevenção de Doenças Crónicas da População Portuguesa

No momento seguinte, responda às questões conforme o seu grau de concordância (Discordo Bastante a Concordo Bastante).

	Discordo Bastante	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Bastante
Para ser saudável é importante comer de forma equilibrada.					
Ao aderir a uma alimentação saudável os indivíduos irão sentir-se melhor.					
A alimentação saudável encontra-se disponível para todo o tipo de pessoas.					
Beber água às refeições faz mal.					
Uma alimentação à base de frutas e vegetais é importante para se ser saudável.					
É importante ter uma alimentação saudável para se sentir bonito/a.					
A informação disponível sobre alimentação saudável é suficiente.					
Para ter uma alimentação saudável deve-se comer variado.					
Uma alimentação saudável é comer carne 3 vezes ou menos por semana.					

	Discordo Bastante	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Bastante
Para se conseguir dormir bem à noite, tem de se comer bastante.					
O dinheiro influencia na escolha dos alimentos.					
Uma pessoa para se sentir magra tem de ter uma alimentação saudável.					
É necessário estar atento/a à atualização da informação para continuar saudável					
Tomar suplementos alimentares (ex. vitaminas, minerais), é importante para ter uma alimentação saudável.					
Comer em família é importante para ser saudável.					
A alimentação escassa faz com que o indivíduo se sintam mal.					
Saltar refeições não trará implicações negativas para a saúde.					
Não tendo tempo para ter o cuidado de preparar refeições, facilmente irá optar-se por refeições menos saudáveis.					
O stress é o principal agente que faz com que uma pessoa recorra a uma alimentação menos saudável.					
As mulheres aderem mais a uma alimentação saudável que os homens.					

	Discordo Bastante	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Bastante
Ter conhecimento do que faz bem, diminui a probabilidade de ter uma doença.					
Uma alimentação saudável é evitar leite e produtos lácteos.					
Ter uma alimentação saudável passa por utilizar óleo na maioria das refeições.					
Alimentos ricos em açúcar fazem mal à saúde.					
Quando se tem pouco tempo para almoçar, acaba-se por comer em demasia ao jantar.					
Se se tiver uma alimentação desequilibrada, então não se consegue atingir os resultados (ex. emagrecer).					
As dicas acerca da alimentação disponíveis na Internet são úteis para seguir.					
Uma alimentação saudável passa por não comer doces.					
Uma alimentação saudável passa por comer preferencialmente fruta da época.					
Para ter uma alimentação saudável é importante não comer carne					
Todas as refeições devem conter legumes.					
Uma alimentação saudável proporciona mais energia					

	Discordo Bastante	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Bastante
Quando uma pessoa se encontra nervosa tendencialmente irá comer alimentos menos saudáveis (ex. chocolate, pizza).					
Os homens têm menos preocupação com a alimentação.					
Demasiada informação sobre a alimentação pode provocar sentimentos de culpa.					
Comer pouco é importante para ter uma alimentação saudável.					
Comer ovos todos os dias é saudável.					
As bebidas açucaradas não fazem mal.					
Uma alimentação saudável tem impacto na maneira como um indivíduo se sente diariamente.					
Uma alimentação saudável é preferencialmente cozinhar com azeite.					
Comer 3 ou menos peças de fruta por dia é suficiente.					
Aderir a uma alimentação saudável não fará diferença no bem-estar pessoal.					
Muita da informação disponível induz erradamente as pessoas.					

	Discordo Bastante	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Bastante
O café e o pão ao pequeno almoço são uma opção menos saudável.					
Uma alimentação saudável é preferir peixe.					
Uma alimentação desequilibrada pode trazer consequências ao bem-estar físico e/ou mental.					
Para fazer uma alimentação saudável deve-se evitar jantar fora.					
Não existe uma porção certa para comer às refeições.					
Pode-se comer à vontade, porque hoje em dia o estereótipo de beleza mudou.					
Seguir alguma da informação sobre a alimentação, pode acabar por pôr em risco a vida das pessoas.					
Beber um copo de vinho tinto às refeições faz bem.					
Uma alimentação saudável é compatível com comer fast food.					
Os rótulos dos alimentos dão-nos a informação nutricional esclarecedora.					

Relação entre Alimentação Saudável e Doenças Crónicas

No momento seguinte, responda às questões conforme o seu grau de concordância (Discordo Bastante a Concordo Bastante).

	Discordo Bastante	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Bastante
Ter sempre uma alimentação saudável, resulta numa menor probabilidade de desenvolver uma doença crónica.					
Ao ter uma alimentação rica em gorduras saturadas desenvolver-se-á uma doença crónica.					
O que as pessoas comem ou bebem tem pouco efeito no desenvolvimento de doenças.					
As mudanças feitas no estilo de vida (ex. dieta, atividade física) podem ajudar a gerir doenças crónicas.					
Ao ter uma alimentação rica em fibras não se vai desenvolver uma doença crónica.					
A população diagnosticada com uma doença crónica acredita que a alimentação pode ter influenciado o aparecimento da mesma.					
Demasiado colesterol na alimentação terá impacto no desenvolvimento de doenças crónicas.					
O consumo excessivo de álcool pode influenciar o desenvolvimento de uma doença crónica.					

Assinale as doenças que estão relacionadas com o que as pessoas comem:

- Diabetes
- Cancro Excesso de peso / Obesidade
- Asma
- Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- Depressão
- Dor crónica
- Osteoporose
- Outra: _____

Anexo E: Escala de Crenças Alimentares

	Discordo Bastante	Discordo	Nem Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Bastante
1. Para ser saudável é importante comer de forma equilibrada.					
2. Ao aderir a uma alimentação saudável, os indivíduos irão sentir-se melhor.					
3. Uma alimentação à base de frutas e vegetais é importante para se ser saudável.					
4. Para se conseguir dormir bem à noite, tem de se comer bastante.					
5. O dinheiro influencia na escolha dos alimentos.					
6. Saltar refeições não trará implicações negativas para a saúde.					
7. Não tendo tempo para ter o cuidado de preparar refeições, facilmente irá optar-se por refeições menos saudáveis.					
8. O stress é o principal agente que faz com que uma pessoa recorra a uma alimentação menos saudável.					
9. Uma alimentação saudável é evitar leite e produtos lácteos.					

10. Ter uma alimentação saudável passa por utilizar óleo na maioria das refeições.					
11. Para ter uma alimentação saudável é importante não comer carne.					
12. Uma alimentação saudável proporciona mais energia.					
13. Quando uma pessoa se encontra nervosa tendencialmente irá comer alimentos menos saudáveis (ex. chocolate, pizza).					
14. Aderir a uma alimentação saudável não fará diferença no bem-estar pessoal.					
15. O café e o pão ao pequeno almoço são uma opção menos saudável.					
16. Uma alimentação desequilibrada pode trazer consequências ao bem-estar físico e/ou mental.					
17. Pode-se comer à vontade, porque hoje em dia o estereótipo de beleza mudou.					

Outputs

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
Idade	409	100,0%	0	0,0%	409	100,0%
Habilitações Literárias	409	100,0%	0	0,0%	409	100,0%
Género	409	100,0%	0	0,0%	409	100,0%
Rendimento Mensal	409	100,0%	0	0,0%	409	100,0%

Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Idade	,134	409	,000	,897	409	,000
Habilitações Literárias	,393	409	,000	,552	409	,000
Género	,500	409	,000	,467	409	,000
Rendimento Mensal	,187	409	,000	,866	409	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Estatísticas

		Idade	Habilitações Literárias	Género	Rendimento Mensal	Sofre de algum tipo de doenças?	É uma doença crónica?
N	Válido	409	409	409	409	409	141
	Ausente	0	0	0	0	0	268
Média		37,037	4,5159	,1809	2,2983	,3447	,7872
Erro de média padrão		,7628	,04798	,01906	,09555	,02353	,03459
Mediana		34,000	5,0000	,0000	2,0000	,0000	1,0000
Desvio Padrão		15,4257	,97033	,38543	1,93244	,47587	,41072
Assimetria		1,051	-2,722	1,664	,674	,656	-1,419
Erro de assimetria padrão		,121	,121	,121	,121	,121	,204
Curtose		,657	7,960	,772	-,438	-1,578	,013
Erro de Curtose padrão		,241	,241	,241	,241	,241	,406
Mínimo		18,0	,00	,00	,00	,00	,00
Máximo		93,0	5,00	1,00	6,00	1,00	1,00
Percentis	25	24,000	4,0000	,0000	1,0000	,0000	1,0000
	50	34,000	5,0000	,0000	2,0000	,0000	1,0000
	75	45,000	5,0000	,0000	3,0000	1,0000	1,0000

Idade

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	18,0	4	1,0	1,0	1,0
	19,0	6	1,5	1,5	2,4
	20,0	11	2,7	2,7	5,1
	21,0	12	2,9	2,9	8,1
	22,0	36	8,8	8,8	16,9
	23,0	23	5,6	5,6	22,5
	24,0	22	5,4	5,4	27,9
	25,0	22	5,4	5,4	33,3
	26,0	8	2,0	2,0	35,2
	27,0	16	3,9	3,9	39,1
	28,0	7	1,7	1,7	40,8
	29,0	8	2,0	2,0	42,8
	30,0	7	1,7	1,7	44,5
	31,0	6	1,5	1,5	46,0
	32,0	5	1,2	1,2	47,2
	33,0	6	1,5	1,5	48,7
	34,0	6	1,5	1,5	50,1
	35,0	10	2,4	2,4	52,6
	36,0	9	2,2	2,2	54,8
	37,0	7	1,7	1,7	56,5
	38,0	8	2,0	2,0	58,4
	39,0	16	3,9	3,9	62,3
	40,0	15	3,7	3,7	66,0
	41,0	6	1,5	1,5	67,5
	42,0	8	2,0	2,0	69,4
	43,0	11	2,7	2,7	72,1
	44,0	8	2,0	2,0	74,1
	45,0	5	1,2	1,2	75,3
	46,0	4	1,0	1,0	76,3
	47,0	5	1,2	1,2	77,5
	48,0	7	1,7	1,7	79,2
	49,0	3	,7	,7	80,0

50,0	8	2,0	2,0	81,9
51,0	6	1,5	1,5	83,4
52,0	8	2,0	2,0	85,3
53,0	3	,7	,7	86,1
54,0	2	,5	,5	86,6
55,0	5	1,2	1,2	87,8
56,0	1	,2	,2	88,0
57,0	1	,2	,2	88,3
58,0	4	1,0	1,0	89,2
59,0	5	1,2	1,2	90,5
60,0	4	1,0	1,0	91,4
61,0	1	,2	,2	91,7
62,0	1	,2	,2	91,9
63,0	1	,2	,2	92,2
64,0	1	,2	,2	92,4
65,0	2	,5	,5	92,9
66,0	2	,5	,5	93,4
67,0	2	,5	,5	93,9
68,0	2	,5	,5	94,4
69,0	1	,2	,2	94,6
70,0	7	1,7	1,7	96,3
71,0	1	,2	,2	96,6
72,0	2	,5	,5	97,1
73,0	1	,2	,2	97,3
74,0	2	,5	,5	97,8
76,0	1	,2	,2	98,0
79,0	1	,2	,2	98,3
80,0	2	,5	,5	98,8
81,0	1	,2	,2	99,0
83,0	1	,2	,2	99,3
86,0	1	,2	,2	99,5
91,0	1	,2	,2	99,8
93,0	1	,2	,2	100,0
Total	409	100,0	100,0	

Habilitações Literárias

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	,00	5	1,2	1,2	1,2
	1,00	10	2,4	2,4	3,7
	2,00	5	1,2	1,2	4,9
	3,00	16	3,9	3,9	8,8
	4,00	86	21,0	21,0	29,8
	5,00	287	70,2	70,2	100,0
Total		409	100,0	100,0	

Gênero

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	,00	335	81,9	81,9	81,9
	1,00	74	18,1	18,1	100,0
Total		409	100,0	100,0	

Rendimento Mensal

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	,00	93	22,7	22,7	22,7
	1,00	57	13,9	13,9	36,7
	2,00	90	22,0	22,0	58,7
	3,00	99	24,2	24,2	82,9
	4,00	5	1,2	1,2	84,1
	5,00	4	1,0	1,0	85,1
	6,00	61	14,9	14,9	100,0
Total		409	100,0	100,0	

Sofre de algum tipo de doenças?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	,00	268	65,5	65,5	65,5
	1,00	141	34,5	34,5	100,0
Total		409	100,0	100,0	

É uma doença crónica?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	,00	30	7,3	21,3	21,3
	1,00	111	27,1	78,7	100,0
	Total	141	34,5	100,0	
Ausente	Sistema	268	65,5		
Total		409	100,0		

Resumo de processamento do caso

	Casos					
	Válido		Ausente		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
Factor_1	409	100,0%	0	0,0%	409	100,0%
Factor_2	409	100,0%	0	0,0%	409	100,0%
Factor_3	409	100,0%	0	0,0%	409	100,0%
Factor_4	409	100,0%	0	0,0%	409	100,0%

Descritivos

		Estatística	Erro Padrão
Factor_1	Média	4,3892	,02537
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior Limite superior	
		4,3394 4,4391	
	5% da média aparada	4,4334	
	Mediana	4,4000	
	Variância	,263	
	Desvio Padrão	,51305	
	Mínimo	2,00	
	Máximo	5,00	
	Intervalo	3,00	
	Intervalo interquartil	,80	
	Assimetria	-1,357	,121
	Curtose	3,588	,241
Factor_2	Média	4,3423	,02748
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior Limite superior	
		4,2883 4,3963	

	5% da média aparada		4,3833	
	Mediana		4,4000	
	Variância		,309	
	Desvio Padrão		,55572	
	Mínimo		2,00	
	Máximo		5,00	
	Intervalo		3,00	
	Intervalo interquartil		,80	
	Assimetria		-,916	,121
	Curtose		,852	,241
Factor_3	Média		3,8270	,03284
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	3,7625	
		Limite superior	3,8916	
	5% da média aparada		3,8539	
	Mediana		4,0000	
	Variância		,441	
	Desvio Padrão		,66412	
	Mínimo		1,00	
	Máximo		5,00	
	Intervalo		4,00	
	Intervalo interquartil		,75	
	Assimetria		-,667	,121
	Curtose		,827	,241
Factor_4	Média		2,3570	,03668
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	2,2849	
		Limite superior	2,4291	
	5% da média aparada		2,3212	
	Mediana		2,3333	
	Variância		,550	
	Desvio Padrão		,74187	
	Mínimo		1,00	
	Máximo		5,00	
	Intervalo		4,00	
	Intervalo interquartil		,67	
	Assimetria		,775	,121
	Curtose		1,314	,241

Percentis

		Percentis						
		5	10	25	50	75	90	95
Média Ponderada (Definição 1)	Factor_1	3,5000	3,8000	4,0000	4,4000	4,8000	5,0000	5,0000
	Factor_2	3,2000	3,6000	4,0000	4,4000	4,8000	5,0000	5,0000
	Factor_3	2,7500	3,0000	3,5000	4,0000	4,2500	4,7500	4,7500
	Factor_4	1,3333	1,3333	2,0000	2,3333	2,6667	3,3333	3,8333
Teste de Tukey	Factor_1			4,0000	4,4000	4,8000		
	Factor_2			4,0000	4,4000	4,8000		
	Factor_3			3,5000	4,0000	4,2500		
	Factor_4			2,0000	2,3333	2,6667		

Valores Extremos

			Número do caso	Valor
Factor_1	Mais alto	1	16	5,00
		2	26	5,00
		3	30	5,00
		4	33	5,00
		5	40	5,00 ^a
	Mais baixo	1	201	2,00
		2	200	2,00
		3	139	2,00
		4	131	2,00
		5	389	3,00 ^b
Factor_2	Mais alto	1	1	5,00
		2	6	5,00
		3	10	5,00
		4	12	5,00
		5	13	5,00 ^a
	Mais baixo	1	367	2,00
		2	346	2,20
		3	273	2,40
		4	396	3,00
		5	389	3,00 ^b
Factor_3	Mais alto	1	46	5,00

		2	52	5,00
		3	62	5,00
		4	79	5,00
		5	90	5,00 ^a
Mais baixo		1	352	1,00
		2	139	1,50
		3	385	1,75
		4	201	2,00
		5	200	2,00 ^c
Factor_4 Mais alto		1	216	5,00
		2	293	5,00
		3	311	5,00
		4	79	4,67
		5	140	4,67 ^d
Mais baixo		1	352	1,00
		2	259	1,00
		3	223	1,00
		4	217	1,00
		5	213	1,00 ^e

a. Apenas uma lista parcial de casos com o valor 5,00 é mostrada na tabela de extremos superiores.

b. Apenas uma lista parcial de casos com o valor 3,00 é mostrada na tabela de extremos inferiores.

c. Apenas uma lista parcial de casos com o valor 2,00 é mostrada na tabela de extremos inferiores.

d. Apenas uma lista parcial de casos com o valor 4,67 é mostrada na tabela de extremos superiores.

e. Apenas uma lista parcial de casos com o valor 1,00 é mostrada na tabela de extremos inferiores.

Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Factor_1	,126	409	,000	,886	409	,000
Factor_2	,123	409	,000	,916	409	,000
Factor_3	,131	409	,000	,959	409	,000
Factor_4	,141	409	,000	,943	409	,000

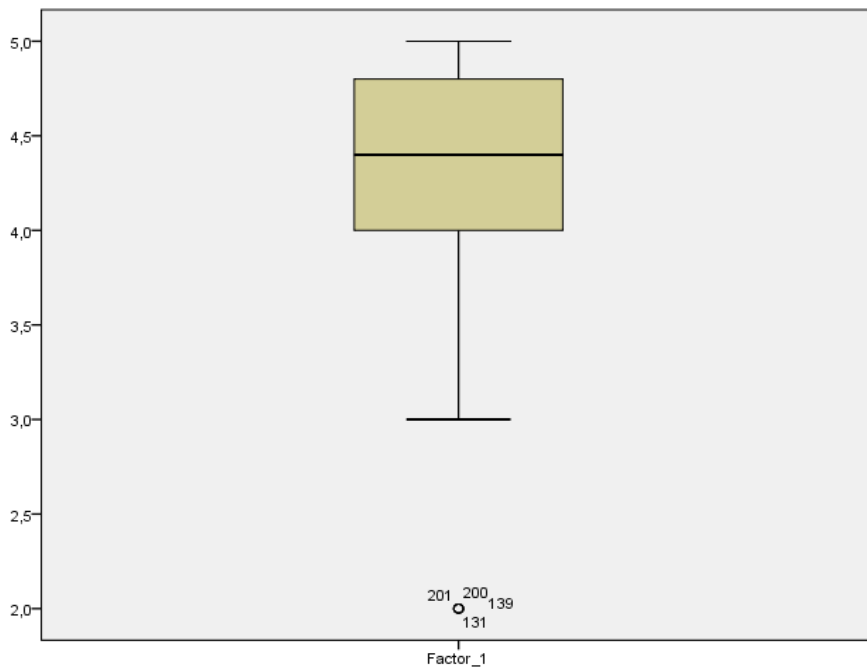
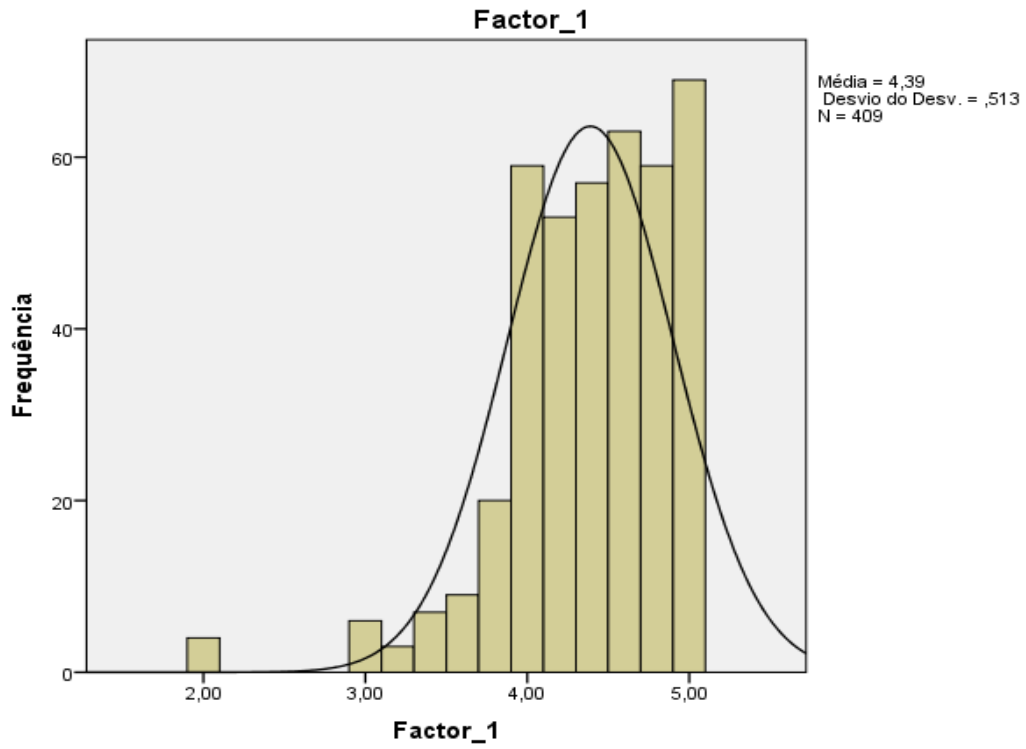
a. Correlação de Significância de Lilliefors

Estatísticas descritivas – Factor_1

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Assimetria		Curtose	
	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Erro Padrão	Estatística	Erro Padrão
It1	409	1,00	5,00	4,5966	,62315	-1,897	,121	5,269	,241
It2	409	2,00	5,00	4,5012	,66097	-1,386	,121	2,299	,241
It5	409	1,00	5,00	4,1174	,89438	-,976	,121	,453	,241
It32	409	1,00	5,00	4,3276	,73781	-1,267	,121	2,661	,241
It47	409	1,00	5,00	4,3936	,73034	-1,751	,121	4,959	,241
N válido (de lista)	409								

Factor_1

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 2,00	4	1,0	1,0	1,0
3,00	6	1,5	1,5	2,4
3,20	3	,7	,7	3,2
3,40	7	1,7	1,7	4,9
3,60	9	2,2	2,2	7,1
3,80	20	4,9	4,9	12,0
4,00	59	14,4	14,4	26,4
4,20	53	13,0	13,0	39,4
4,40	57	13,9	13,9	53,3
4,60	63	15,4	15,4	68,7
4,80	59	14,4	14,4	83,1
5,00	69	16,9	16,9	100,0
Total	409	100,0	100,0	

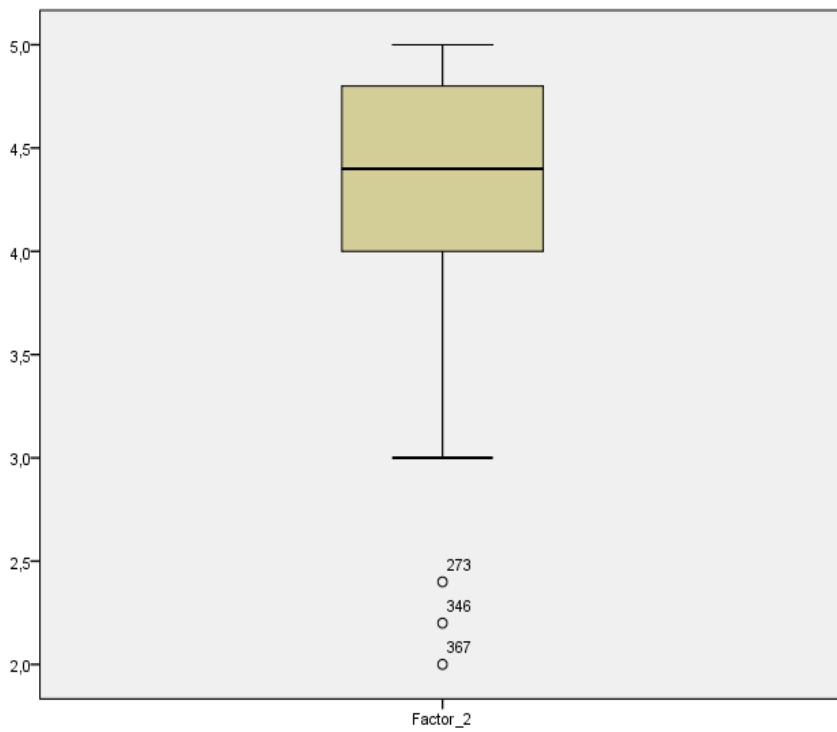
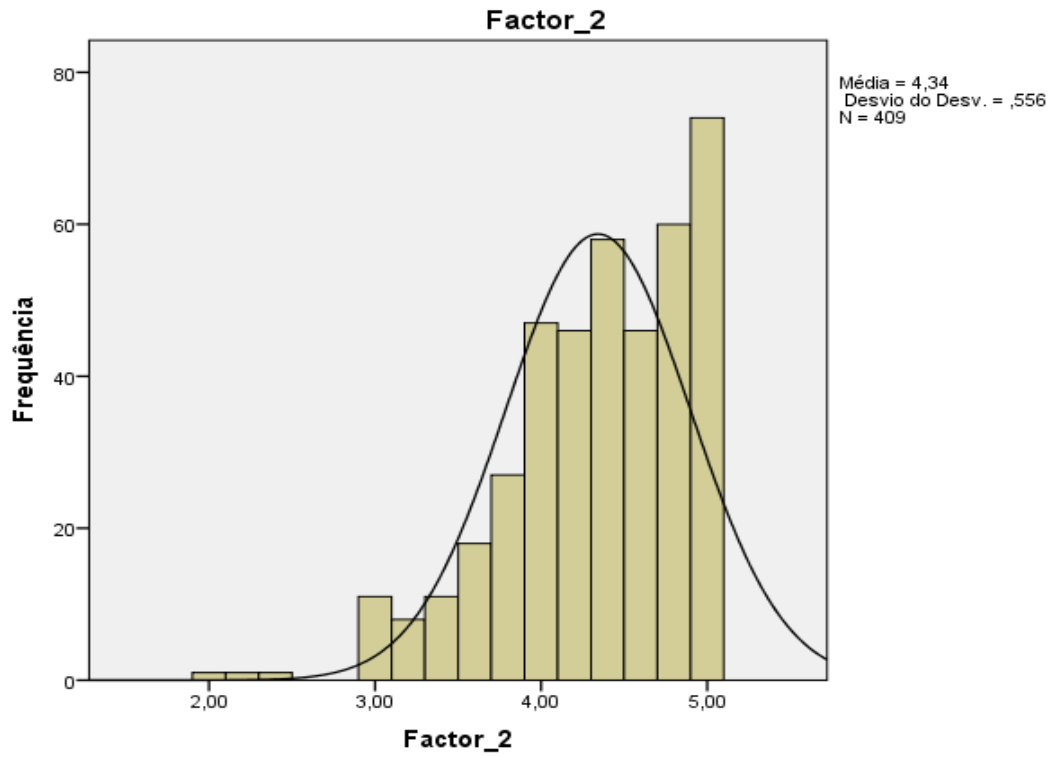


Estatísticas descritivas – Factor_2

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Assimetria		Curtose	
	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Erro Padrão	Estatística	Erro Padrão
lt10r	409	1,00	5,00	4,5281	,70350	-1,586	,121	2,703	,241
lt17r	409	1,00	5,00	4,1369	1,02939	-1,307	,121	1,152	,241
lt23r	409	1,00	5,00	4,5134	,72114	-1,958	,121	5,406	,241
lt43r	409	1,00	5,00	4,2616	,87589	-1,547	,121	2,777	,241
lt50r	409	1,00	5,00	4,2567	,74762	-,952	,121	1,125	,241
N válido (de lista)	409								

Factor_2

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 2,00	1	,2	,2	,2
2,20	1	,2	,2	,5
2,40	1	,2	,2	,7
3,00	11	2,7	2,7	3,4
3,20	8	2,0	2,0	5,4
3,40	11	2,7	2,7	8,1
3,60	18	4,4	4,4	12,5
3,80	27	6,6	6,6	19,1
4,00	47	11,5	11,5	30,6
4,20	46	11,2	11,2	41,8
4,40	58	14,2	14,2	56,0
4,60	46	11,2	11,2	67,2
4,80	60	14,7	14,7	81,9
5,00	74	18,1	18,1	100,0
Total	409	100,0	100,0	

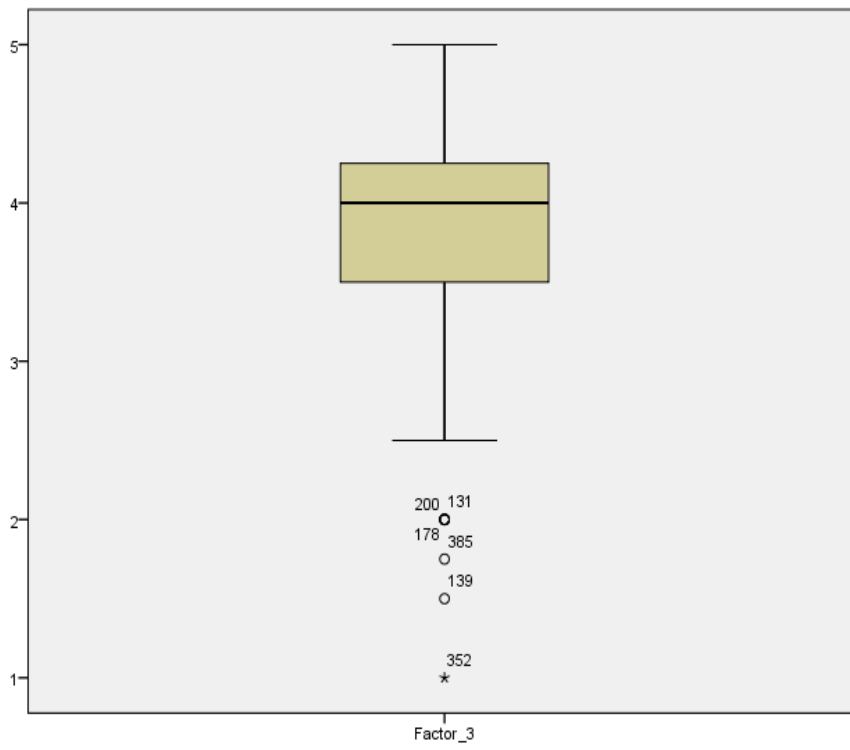
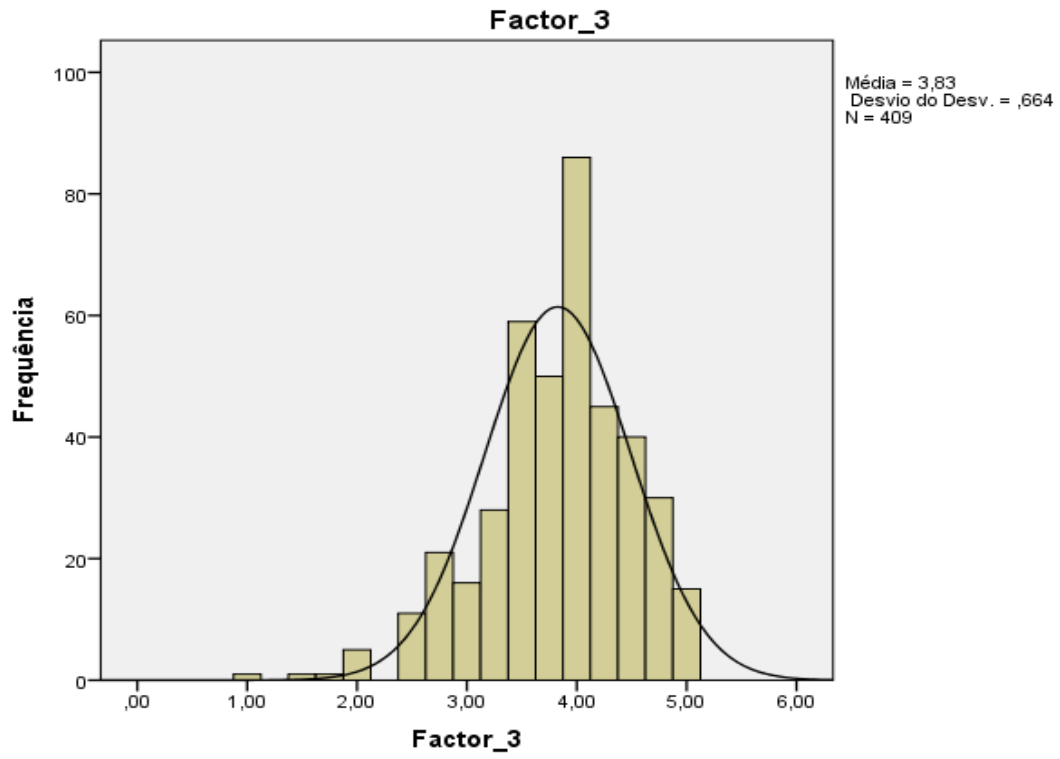


Estadísticas descriptivas – Factor_3

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Assimetria		Curtose	
	Estadística	Estadística	Estadística	Estadística	Estadística	Estadística	Erro Padrão	Estadística	Erro Padrão
It11	409	1,00	5,00	4,1345	,94143	-1,511	,121	2,541	,241
It18	409	1,00	5,00	3,6895	1,16059	-,972	,121	,094	,241
It19	409	1,00	5,00	3,5526	1,03270	-,551	,121	-,413	,241
It33	409	1,00	5,00	3,9218	,90680	-,975	,121	,882	,241
N válido (de lista)	409								

Factor_3

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1,00	1	,2	,2	,2
1,50	1	,2	,2	,5
1,75	1	,2	,2	,7
2,00	5	1,2	1,2	2,0
2,50	11	2,7	2,7	4,6
2,75	21	5,1	5,1	9,8
3,00	16	3,9	3,9	13,7
3,25	28	6,8	6,8	20,5
3,50	59	14,4	14,4	35,0
3,75	50	12,2	12,2	47,2
4,00	86	21,0	21,0	68,2
4,25	45	11,0	11,0	79,2
4,50	40	9,8	9,8	89,0
4,75	30	7,3	7,3	96,3
5,00	15	3,7	3,7	100,0
Total	409	100,0	100,0	

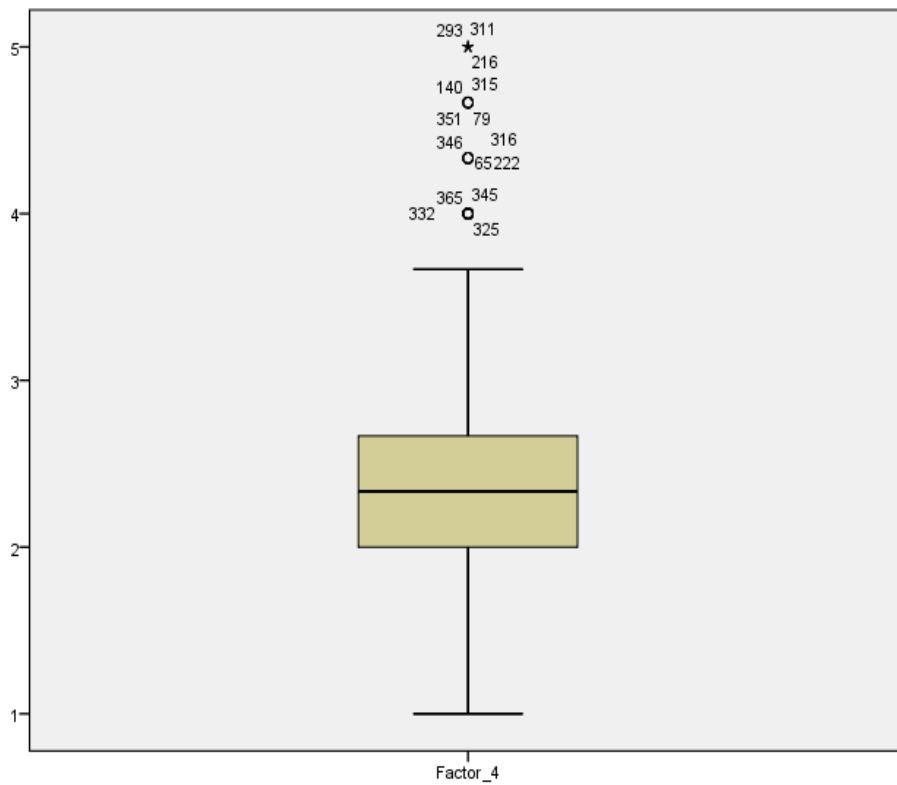
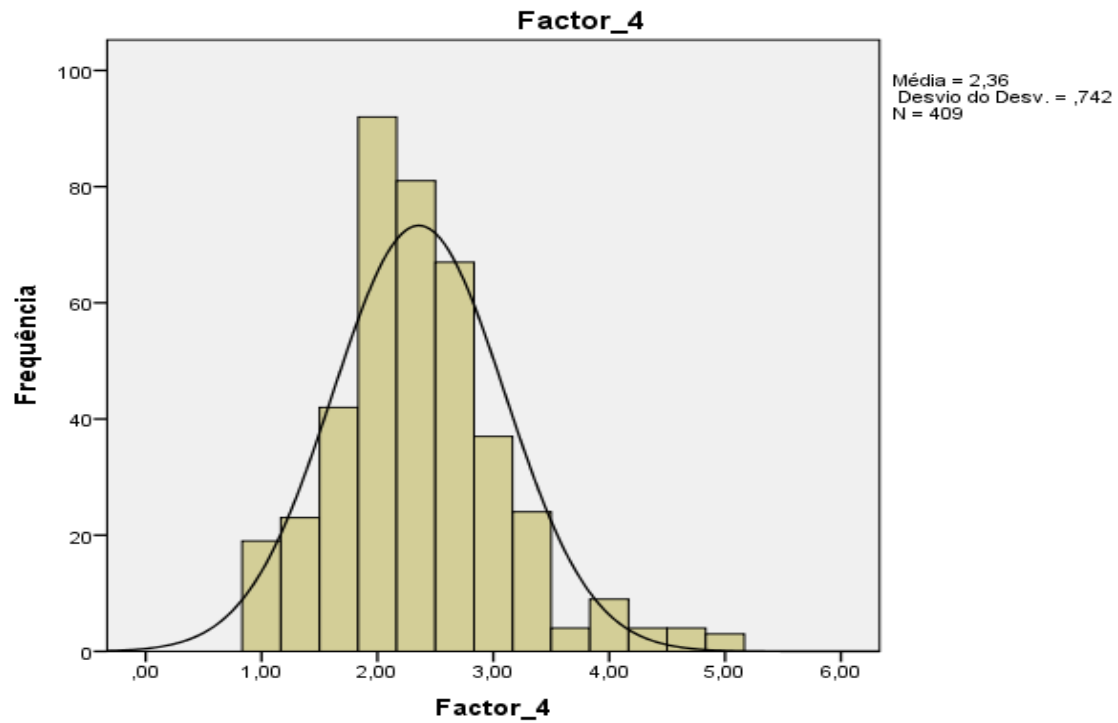


Estatísticas descritivas – Factor_4

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Assimetria		Curtose	
	Estatístico	Estatístico	Estatístico	Estatístico	Estatística	Estatístico	Erro	Estatístico	Erro
	a	a	a	a		a	Padrão	a	Padrão
It22	409	1,00	5,00	2,2836	1,01351	,743	,121	,228	,241
It30	409	1,00	5,00	2,1394	,93023	,968	,121	1,121	,241
It45	409	1,00	5,00	2,6479	,97932	,423	,121	-,297	,241
N válido (de lista)	409								

Factor_4

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido 1,00	19	4,6	4,6	4,6
1,33	23	5,6	5,6	10,3
1,67	42	10,3	10,3	20,5
2,00	92	22,5	22,5	43,0
2,33	81	19,8	19,8	62,8
2,67	67	16,4	16,4	79,2
3,00	37	9,0	9,0	88,3
3,33	24	5,9	5,9	94,1
3,67	4	1,0	1,0	95,1
4,00	9	2,2	2,2	97,3
4,33	4	1,0	1,0	98,3
4,67	4	1,0	1,0	99,3
5,00	3	,7	,7	100,0
Total	409	100,0	100,0	



Análise Fatorial Exploratória

Teste de KMO e Bartlett

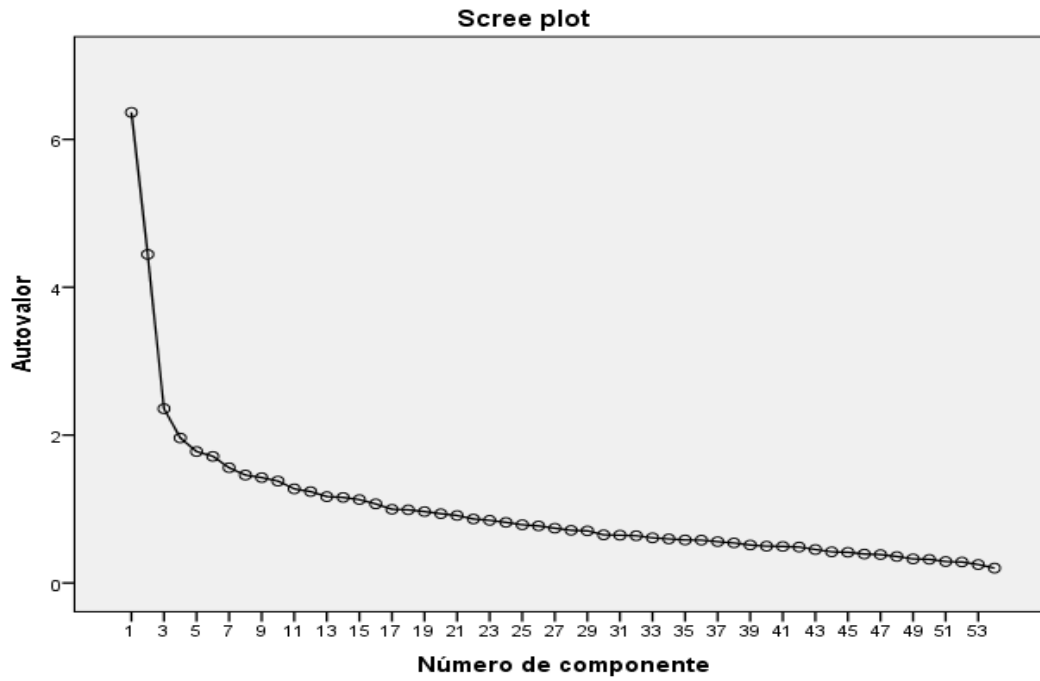
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,768
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	5606,565
Bartlett	df	1431
	Sig.	,000

Variância total explicada

Componente	Valores próprios iniciais			Somos de extração de carregamentos ao quadrado			Somos rotativas de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
	1	6,365	11,787	11,787	6,365	11,787	11,787	4,298	7,960
2	4,445	8,232	20,019	4,445	8,232	20,019	3,085	5,713	13,673
3	2,357	4,364	24,383	2,357	4,364	24,383	2,416	4,475	18,148
4	1,962	3,633	28,016	1,962	3,633	28,016	2,248	4,164	22,312
5	1,778	3,292	31,307	1,778	3,292	31,307	2,043	3,784	26,096
6	1,713	3,171	34,479	1,713	3,171	34,479	2,022	3,744	29,839
7	1,558	2,886	37,365	1,558	2,886	37,365	1,807	3,347	33,186
8	1,460	2,703	40,068	1,460	2,703	40,068	1,776	3,289	36,475
9	1,425	2,639	42,707	1,425	2,639	42,707	1,731	3,206	39,681
10	1,379	2,553	45,260	1,379	2,553	45,260	1,648	3,052	42,733
11	1,273	2,358	47,618	1,273	2,358	47,618	1,525	2,823	45,557
12	1,236	2,289	49,907	1,236	2,289	49,907	1,502	2,782	48,339
13	1,167	2,162	52,068	1,167	2,162	52,068	1,410	2,611	50,949
14	1,157	2,143	54,212	1,157	2,143	54,212	1,375	2,547	53,496
15	1,127	2,088	56,299	1,127	2,088	56,299	1,340	2,481	55,977
16	1,070	1,981	58,280	1,070	1,981	58,280	1,244	2,303	58,280
17	,996	1,845	60,125						
18	,989	1,832	61,957						
19	,965	1,787	63,745						
20	,937	1,735	65,479						
21	,912	1,689	67,169						
22	,865	1,602	68,771						
23	,847	1,568	70,339						
24	,820	1,518	71,857						
25	,787	1,458	73,316						
26	,772	1,430	74,745						

27	,740	1,371	76,116					
28	,712	1,319	77,435					
29	,705	1,306	78,741					
30	,651	1,206	79,946					
31	,646	1,196	81,143					
32	,639	1,183	82,325					
33	,610	1,130	83,455					
34	,596	1,104	84,559					
35	,581	1,076	85,635					
36	,579	1,072	86,706					
37	,559	1,035	87,741					
38	,541	1,002	88,743					
39	,513	,950	89,694					
40	,498	,922	90,616					
41	,494	,914	91,530					
42	,486	,899	92,429					
43	,452	,837	93,267					
44	,421	,780	94,047					
45	,415	,768	94,815					
46	,391	,725	95,540					
47	,383	,710	96,250					
48	,358	,663	96,913					
49	,325	,602	97,515					
50	,319	,591	98,107					
51	,289	,536	98,642					
52	,283	,524	99,167					
53	,249	,461	99,628					
54	,201	,372	100,000					

Método de Extração: Análise de Componente Principal.



Matriz de componente rotativa^a

	Componente															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
It1	,758															
It2	,700															
It5	,514												,355			
It6	,386		,497													
It7								,751								
It8	,629															
It9				,447												
It11						,375						,558				
It12			,612													
It13			,688													
It14			,562													
It15					-,481											
It16								,347				,331				
It18						,744										
It19						,569										
It20									,827							
It21			,508													
It22		-,325				,669										

It24						,592							
It25			,370		,539								
It26	,303	,418											
It29	,417		,306			,373							
It30				,598									
It31	,490					,365							
It32	,649									,304			
It33					,534								
It34							,792						
It35													,714
It36			,498			,322							
It39	,679												
It40			,610										
It42												,538	
It44								,765					
It45				,602									
It46			,695										
It47	,607												
It49									,552				
It51								,649					
It52			,400			,303							
It54						,580							
It3r										,695			
It4r												,706	
It10r	,618										,340		
It17r	,640												
It23r	,728												
It27r							,438	,419					
It37r											,778		
It28r						,567							
It38r									,407			,417	
It41r			,348			,368							
It43r	,584												
It48r									,650				
It50r	,576												
it53r	,383									,626			

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 25 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,768
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	5606,565
Bartlett	df	1431
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,614			
It2	,551			
It5	,413	,356		
It6		,401		
It7			,556	
It8	,474			,313
It9			,399	,305
It11				,515
It12		,394		
It13		,307		
It14			,338	
It15				,309
It16				,427
It18				,595
It19				,417
It20		,353		
It21		,426		
It22		,627		
It24	,421			
It25				,459
It26	,329			
It29		,436		
It30		,704		
It31	,468	,305		
It32	,568			
It33	,300			,403
It34		,428		
It35				,382
It36		,515		
It39	,671			

It40		,332		
It42				
It44			-,369	,447
It45		,370		
It46		,345		
It47	,641			
It49				
It51				,391
It52			,397	
It54			,580	
It3r				
It4r				
It10r	,413			
It17r	,472	-,337		
It23r	,519	-,344		
It27r			-,553	
It37r				
It28r		-,437		
It38r	,413			
It41r			-,329	
It43r	,602			
It48r		-,392		
It50r	,512			
It53r	,364			

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 8 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,782
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	5151,005
Bartlett	df	1176
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,612			

lt2	,539			
lt5	,409	,376		
lt6		,421		
lt7				,557
lt8	,462		,343	,310
lt9				,430
lt11			,485	
lt12		,420		
lt13		,335		
lt14				,346
lt15			,306	
lt16			,405	
lt18			,599	
lt19			,420	
lt20		,366		
lt21		,439		
lt22		,626		
lt24	,414			
lt25			,446	
lt26	,316			
lt29		,460		
lt30		,687		
lt31	,459	,334		
lt32	,568			
lt33			,428	
lt34		,441		
lt35			,377	
lt36		,527		
lt39	,664			
lt40		,358		
lt44			,505	-,411
lt45		,361		
lt46		,380		
lt47	,639			
lt51			,423	
lt52				,374
lt54				,541
lt10r	,426			
lt17r	,482	-,337		
lt23r	,530	-,364		

lt27r				-,569
lt28r		-,460		
lt38r	,419			
lt41r				-,315
lt43r	,600			
lt48r		-,385		
lt50r	,514			
lt53r	,369			

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 6 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,785
Teste de esfericidade de Aprox. Qui-quadrado		4643,254
Bartlett	df	990
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
lt1		,606		
lt2	,372	,535		
lt5	,444	,397		
lt6	,498			
lt7				,393
lt8		,458		,395
lt9	,337			,393
lt11			,547	
lt12	,512			
lt13	,449			
lt14	,381			
lt15	,350			,380
lt16			,402	
lt18			,689	
lt19			,429	
lt20	,438			
lt21	,479			

It22	,452			-,579
It24		,394		
It25			,460	
It26		,312		
It29	,535			
It30	,457			-,602
It31	,411	,435		
It32	,362	,554		
It33			,466	
It34	,465			
It35			,381	
It36	,495			
It39		,667		
It40	,443			
It44			,467	
It45				-,522
It46	,422			
It47		,638		
It51			,326	
It52				
It54	,310			
It10r		,438		
It17r		,503		
It23r	-,396	,545		
It38r		,419		
It43r		,616		
It50r		,518		
It53r		,365		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 8 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,786
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	4562,981
Bartlett	df	946
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,339	,587		
It2	,402	,512		
It5	,463	,373		
It6	,535			
It7				-,322
It8		,441		-,368
It9	,362			-,378
It11			,552	
It12	,534			
It13	,468			
It14	,382			
It15	,392			-,389
It16			,418	
It18			,689	
It19			,436	
It20	,432			
It21	,469			
It22	,399			,624
It24		,380		
It25			,457	
It26			,303	
It29	,546			
It30	,406			,645
It31	,436	,413		
It32	,400	,529		
It33			,464	
It34	,448			
It35			,378	
It36	,477			
It39		,660		
It40	,431			
It44			,459	
It45				,553
It46	,407			
It47		,633		
It51			,321	
It54	,303			

It10r		,461	
It17r		,515	
It23r	-,355	,564	
It38r		,416	
It43r		,629	
It50r		,531	
It53r		,358	

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 7 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,790
Teste de esfericidade de Aprox. Qui-quadrado		4469,445
Bartlett	df	903
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,357	,580		
It2	,412	,501		
It5	,447	,362		
It6	,571			
It8	,325	,435		
It9	,427			
It11			,564	
It12	,551			
It13	,475			
It14	,343			
It15	,498			-,365
It16			,437	
It18			,697	
It19			,451	
It20	,423			
It21	,404			,320
It22				,733

It24		,370		
It25			,442	
It26			,307	
It29	,563			
It30				,685
It31	,455	,399		
It32	,423	,516		
It33			,459	
It34	,417			
It35			,370	
It36	,459			
It39		,652		
It40	,428			
It44			,434	
It45				,581
It46	,387			
It47		,630		
It51			,300	
It54				
It10r		,465		
It17r		,521		
It23r	-,302	,569		
It38r		,417		
It43r		,636		
It50r		,536		
It53r		,354		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 6 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,793
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	4373,431
Bartlett	df	861
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,613			
It2	,541	,364		
It5	,409	,413		
It6		,555		
It8	,460			
It9		,439		-,301
It11			,566	
It12		,563		
It13		,465		
It14		,345		
It15		,494		-,362
It16			,437	
It18			,700	
It19			,451	
It20		,439		
It21		,402		,307
It22				,736
It24	,396			
It25			,436	
It26	,307		,308	
It29		,546		
It30				,703
It31	,441	,411		
It32	,558	,376		
It33			,453	
It34		,439		
It35			,368	
It36		,486		
It39	,672			
It40		,423		
It44			,427	
It45				,572
It46		,395		
It47	,643			
It51				
It10r	,438			
It17r	,495			

lt23r	,533	-,354		
lt38r	,412			
lt43r	,609	-,305		
lt50r	,514			
it53r	,357			

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 6 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,798
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	4284,144
Bartlett	df	820
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
lt1	,630			
lt2	,560	,339		
lt5	,442	,388		
lt6		,540		
lt8	,468			
lt9		,447		-,302
lt11			,589	
lt12		,566		
lt13		,461		
lt14		,346		
lt15		,492		-,364
lt16			,430	
lt18			,722	
lt19			,454	
lt20		,446		
lt21		,397		,306
lt22				,735
lt24	,400			
lt25			,435	

It26	,310		,320	
It29		,536		
It30				,705
It31	,468	,386		
It32	,579	,350		
It33			,466	
It34		,448		
It35			,346	
It36		,494		
It39	,675			
It40		,418		
It44			,362	
It45				,569
It46		,397		
It47	,645			
It10r	,420	-,318		
It17r	,471			
It23r	,511	-,387		
It38r	,403			
It43r	,589	-,339		
It50r	,500			
It53r	,359			

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 7 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,802
Teste de esfericidade de Aprox. Qui-quadrado		4225,010
Bartlett	df	780
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,571	,381		
It2	,489	,432		

lt5	,360	,450		
lt6		,595		
lt8	,415	,350		
lt9		,426		
lt11			,609	
lt12		,545		
lt13		,468		
lt14				
lt15		,516		-,329
lt16			,439	
lt18			,726	
lt19			,479	
lt20		,390		
lt21		,372		,341
lt22				,753
lt24	,355			
lt25			,446	
lt26			,329	
lt29		,571		
lt30				,716
lt31	,389	,474		
lt32	,506	,440		
lt33			,480	
lt34		,380		
lt35			,330	
lt36		,445		
lt39	,645			
lt40		,426		
lt45				,568
lt46		,377		
lt47	,624			
lt10r	,471			
lt17r	,513			
lt23r	,573			
lt38r	,412			
lt43r	,641			
lt50r	,531			
lt53r	,355			

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 8 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,801
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	4147,584
Bartlett	df	741
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,477	,486		
It2	,512	,396		
It5	,508			
It6	,617			
It8	,414	,347		
It9	,389			
It11			,606	
It12	,502			
It13	,464			
It15	,513			-,325
It16			,441	
It18			,724	
It19			,483	
It20	,346			
It21	,360			,337
It22				,749
It24				
It25			,452	
It26	,305		,335	
It29	,587			
It30				,716
It31	,538			
It32	,520	,413		
It33			,492	

It34	,330	-,310		
It35			,338	
It36	,386	-,374		
It39	,330	,585		
It40	,423			
It45				,568
It46	,352			
It47		,580		
It10r		,503		
It17r		,542		
It23r		,619		
It38r		,409		
It43r		,674		
It50r		,552		
It53r		,346		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 9 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,797
Teste de esfericidade de Aprox. Qui-quadrado		4013,576
Bartlett	df	703
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,414	,543		
It2	,457	,458		
It5	,470	,324		
It6	,598			
It8	,369	,393		
It9	,420			-,302
It11			,608	
It12	,528			
It13	,454			

It15	,521			-,334
It16			,442	
It18			,735	
It19			,493	
It20	,370			
It21	,358			,360
It22				,763
It25			,442	
It26			,313	
It29	,584			
It30				,715
It31	,508	,342		
It32	,468	,470		
It33			,487	
It34	,363			
It35			,336	
It36	,443	-,346		
It39		,615		
It40	,449			
It45				,557
It46	,388			
It47		,606		
It10r		,478		
It17r		,533		
It23r		,596		
It38r		,407		
It43r		,663		
It50r		,541		
It53r		,355		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 8 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,796
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	3922,239
Bartlett	df	666
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,516	,463		
It2	,544	,362		
It5	,534			
It6	,608			
It8	,426	,347		
It9	,360			-,339
It11			,604	
It12	,475	-,314		
It13	,457			
It15	,489			-,366
It16			,443	
It18			,732	
It19			,499	
It20	,324			
It21	,360			,330
It22				,743
It25			,448	
It26	,336		,323	
It29	,595			
It30				,691
It31	,568			
It32	,551	,364		
It33			,498	
It34	,310	-,358		
It35			,339	
It36	,374	-,438		
It39	,386	,553		
It40	,442			
It45				,556
It46	,361			
It47	,322	,557		
It10r		,491		
It17r		,553		
It23r		,624		
It38r		,390		
It43r		,681		
It50r		,541		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 14 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,796
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	3881,709
Bartlett	df	630
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,390	,576		
It2	,436	,487		
It5	,449	,335		
It6	,587			
It8	,358	,429		
It9	,443			-,300
It11			,620	
It12	,543			
It13	,459			
It15	,529			-,323
It16			,461	
It18			,752	
It19			,508	
It20	,391			
It21	,356			,361
It22				,766
It25			,425	
It26	,304		,310	
It29	,574			
It30				,713
It31	,487	,366		
It32	,446	,488		
It33			,481	
It34	,387			

It36	,459	-,330		
It39		,631		
It40	,460			
It45				,555
It46	,402			
It47		,618		
It10r		,461		
It17r		,525		
It23r		,579		
It38r		,401		
It43r		,656		
It50r		,534		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 19 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,794
Teste de esfericidade de Aprox. Qui-quadrado		3767,570
Bartlett	df	595
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,619	,317		
It2	,627			
It5	,581			
It6	,578			
It8	,478		,304	
It9				-,387
It11			,625	
It12	,386	-,410		
It13	,437			
It15	,425			-,407
It16			,463	
It18			,750	

It19			,509	
It20		-,372		
It22		-,320		,714
It25			,422	
It26	,366		,321	
It29	,576			
It30		-,310		,673
It31	,610			
It32	,628			
It33			,492	
It34		-,439		
It36		-,514		
It39	,513	,423		
It40	,416			
It45				,531
It46	,318	-,306		
It47	,449	,445		
It10r		,491		
It17r		,549		
It23r		,647		
It38r		,353		
It43r		,669		
It50r		,543		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 10 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,806
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	3670,170
Bartlett	df	595
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,489	,490		

It2	,518	,396		
It5	,513			
It6	,612			
It8	,411	,366		
It9	,397			-,323
It11			,619	
It12	,504			
It13	,463			
It15	,505			-,344
It16			,468	
It18			,750	
It19			,515	
It21	,358			,345
It22				,754
It25			,436	
It26	,339		,326	
It29	,594			
It30				,699
It31	,550			
It32	,523	,400		
It33			,489	
It34	,308			
It36	,403	-,415		
It39	,353	,566		
It40	,452			
It45				,556
It46	,378			
It47		,566		
It10r		,489		
It17r		,550		
It23r		,628		
It38r		,404		
It43r		,684		
It50r		,551		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 10 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,806
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	3670,170
Bartlett	df	595
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,489	,490		
It2	,518	,396		
It5	,513			
It6	,612			
It8	,411	,366		
It9	,397			-,323
It11			,619	
It12	,504			
It13	,463			
It15	,505			-,344
It16			,468	
It18			,750	
It19			,515	
It21	,358			,345
It22				,754
It25			,436	
It26	,339		,326	
It29	,594			
It30				,699
It31	,550			
It32	,523	,400		
It33			,489	
It34	,308			
It36	,403	-,415		
It39	,353	,566		
It40	,452			
It45				,556
It46	,378			
It47		,566		
It10r		,489		

It17r		,550		
It23r		,628		
It38r		,404		
It43r		,684		
It50r		,551		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 10 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,804
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	3596,953
Bartlett	df	561
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,640			
It2	,642			
It5	,584			
It6	,570			
It8	,496			
It9		-,351		-,371
It11			,623	
It12	,355	-,470		
It13	,433			
It15	,412			-,397
It16			,467	
It18			,751	
It19			,513	
It21	,330			
It22				,729
It25			,428	
It26	,376		,324	
It29	,567			
It30				,668

It31	,610			
It32	,639			
It33			,491	
It34		-,400		
It36		-,531		
It39	,545	,392		
It40	,402			
It45				,547
It46		-,335		
It47	,484	,422		
It10r		,495		
It17r		,534		
It23r		,640		
It43r		,662		
It50r		,519		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 8 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,802
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	3510,859
Bartlett	df	528
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,557	,418		
It2	,576	,327		
It5	,552			
It6	,608			
It8	,448	,310		
It9	,346			-,346
It11			,620	
It12	,454	-,383		
It13	,460			

It15	,475			-,363
It16			,470	
It18			,750	
It19			,517	
It21	,355			,325
It22				,748
It25			,436	
It26	,360		,327	
It29	,595			
It30				,687
It31	,588			
It32	,578	,319		
It33			,489	
It36	,343	-,460		
It39	,436	,506		
It40	,436			
It45				,551
It46	,352			
It47	,372	,525		
It10r		,504		
It17r		,557		
It23r		,647		
It43r		,685		
It50r		,547		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 9 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,805
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	3429,875
Bartlett	df	496
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4

It1	,601	,357		
It2	,611			
It5	,572			
It6	,590			
It8	,484			
It9	,302	-,325		-,365
It11			,616	
It12	,404	-,430		
It13	,447			
It15	,454			-,378
It18			,764	
It19			,524	
It21	,341			,312
It22				,748
It25			,468	
It26	,371		,318	
It29	,592			
It30				,687
It31	,607			
It32	,619			
It33			,512	
It36		-,495		
It39	,499	,461		
It40	,419			
It45				,542
It46	,317	-,302		
It47	,438	,488		
It10r		,503		
It17r		,550		
It23r		,645		
It50r		,533		
It43r		,675		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 8 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,804
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	3317,553
Bartlett	df	465
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,628	,313		
It2	,632			
It5	,584			
It6	,576			
It8	,493			
It9		-,333		-,385
It11			,618	
It12	,373	-,452		
It13	,432			
It15	,429			-,395
It18			,765	
It19			,522	
It22		-,302		,733
It25			,468	
It26	,373		,315	
It29	,585			
It30				,691
It31	,618			
It32	,639			
It33			,512	
It36		-,516		
It39	,533	,424		
It40	,408			
It45				,522
It46	,305	-,326		
It47	,472	,455		
It10r		,500		
It17r		,551		
It23r		,653		
It50r		,535		

It43r		,667		
-------	--	------	--	--

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 8 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,802
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	3215,702
Bartlett	df	435
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,620	,332		
It2	,627			
It5	,578			
It6	,586			
It8	,503			
It11			,616	
It12	,374	-,429		
It13	,438			
It15	,458			-,403
It18			,766	
It19			,528	
It22				,745
It25			,474	
It26	,353		,316	
It29	,590			
It30				,709
It31	,622			
It32	,648			
It33			,520	
It36		-,488		
It39	,529	,424		
It40	,391			
It45				,593

It46				
It47	,468	,458		
It10r		,527		
It17r		,573		
It23r		,674		
It50r		,544		
It43r		,687		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 6 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,802
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	3053,941
Bartlett	df	406
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,612	,349		
It2	,619			
It5	,582			
It6	,606			
It8	,506			
It11			,614	
It12	,395	-,416		
It13	,459			
It15	,470			-,383
It18			,763	
It19			,519	
It22				,755
It25			,486	
It26	,331		,328	
It29	,582			
It30				,721
It31	,617			

It32	,648			
It33			,522	
It39	,507	,454		
It40	,366			
It45				,595
It46				
It47	,445	,484		
It10r		,571		
It17r		,574		
It23r		,685		
It50r		,565		
It43r		,687		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 6 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,806
Teste de esfericidade de Aprox. Qui-quadrado		2814,316
Bartlett	df	351
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,627	,324		
It2	,629			
It5	,583			
It6	,580			
It8	,519			
It11			,612	
It13	,428			
It15	,472			-,393
It18			,769	
It19			,524	
It22				,747
It25			,487	

It26			,328	
It29	,601			
It30				,708
It31	,624			
It32	,666			
It33			,524	
It39	,538	,410		
It40	,365			
It45				,618
It47	,471	,449		
It10r		,592		
It17r		,601		
It23r		,723		
It50r		,583		
It43r		,704		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 5 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,803
Teste de esfericidade de Aprox. Qui-quadrado		2705,708
Bartlett	df	325
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,635	,306		
It2	,635			
It5	,585			
It6	,563			
It8	,529			
It11			,615	
It15	,462			-,387
It18			,766	
It19			,529	

It22				,747
It25			,485	
It26			,316	
It29	,599			
It30				,707
It31	,636			
It32	,675			
It33			,536	
It39	,560	,379		
It40	,366			
It45				,618
It47	,489	,425		
It10r		,594		
It17r		,606		
It23r		,727		
It50r		,583		
It43r		,711		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 5 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,798
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	2623,737
Bartlett	df	300
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,632	,317		
It2	,634			
It5	,584			
It6	,567			
It8	,525			
It11			,635	
It15	,469			-,400

It18			,771	
It19			,537	
It22				,756
It25			,458	
It29	,601			
It30				,709
It31	,635			
It32	,672			
It33			,531	
It39	,556	,386		
It40	,376			
It45				,620
It47	,482	,438		
It10r		,582		
It17r		,604		
It23r		,725		
It50r		,583		
It43r		,718		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 6 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,798
Teste de esfericidade de Aprox. Qui-quadrado		2537,952
Bartlett	df	276
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,648			
It2	,648			
It5	,595			
It6	,567			
It8	,541			
It11			,634	

It15	,448			-,393
It18			,771	
It19			,536	
It22				,757
It25			,461	
It29	,582			
It30				,713
It31	,639			
It32	,686			
It33			,531	
It39	,567	,366		
It45				,620
It47	,508	,411		
It10r		,599		
It17r		,606		
It23r		,733		
It50r		,577		
It43r		,707		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 6 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,800
Teste de esfericidade de Aprox. Qui-quadrado		2428,597
Bartlett	df	253
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,677			
It2	,666			
It5	,609			
It6	,550			
It8	,566			
It11			,634	

It18			,773	
It19			,534	
It22				,761
It25			,461	
It29	,573			
It30				,754
It31	,623			
It32	,701			
It33			,530	
It39	,583	,343		
It45				,641
It47	,538	,372		
It10r		,639		
It17r		,611		
It23r		,734		
It50r		,601		
It43r		,707		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 6 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,800
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	2428,597
Bartlett	df	253
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,677			
It2	,666			
It5	,609			
It6	,550			
It8	,566			
It11			,634	
It18			,773	

It19			,534	
It22				,761
It25			,461	
It29	,573			
It30				,754
It31	,623			
It32	,701			
It33			,530	
It39	,583	,343		
It45				,641
It47	,538	,372		
It10r		,639		
It17r		,611		
It23r		,734		
It43r		,707		
It50r		,601		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 6 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,744
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	1634,103
Bartlett	df	153
	Sig.	,000

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,736			
It2	,757			
It5	,621			
It11			,627	
It18			,791	
It19			,530	
It22		-,304		,747
It25			,498	

It30				,751
It32	,727			
It33			,521	
It45				,686
It47	,578	,316		
It10r		,635		
It17r		,624		
It23r		,769		
It43r		,686		
It50r		,605		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 6 iterações.

Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,744
Teste de esfericidade de Aprox. Qui-quadrado		1569,815
Bartlett	df	136
	Sig.	,000

Variância total explicada

Componente	Valores próprios iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas rotativas de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	3,410	20,056	20,056	3,410	20,056	20,056	2,664	15,669	15,669
2	2,495	14,678	34,734	2,495	14,678	34,734	2,569	15,112	30,781
3	1,671	9,831	44,565	1,671	9,831	44,565	1,821	10,711	41,492
4	1,233	7,252	51,817	1,233	7,252	51,817	1,755	10,326	51,817
5	,986	5,801	57,618						
6	,864	5,082	62,699						
7	,819	4,819	67,519						
8	,757	4,452	71,970						
9	,705	4,145	76,115						
10	,682	4,014	80,129						
11	,674	3,964	84,093						
12	,626	3,685	87,778						

13	,532	3,132	90,910					
14	,470	2,763	93,673					
15	,462	2,719	96,392					
16	,349	2,053	98,445					
17	,264	1,555	100,000					

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Matriz de componente rotativa^a

	Componente			
	1	2	3	4
It1	,742			
It2	,766			
It5	,624			
It11			,676	
It18			,789	
It19			,556	
It22		-,301		,761
It30				,749
It32	,723			
It33			,514	
It45				,693
It47	,568	,319		
It10r		,633		
It17r		,625		
It23r		,769		
It43r		,689		
It50r		,607		

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 6 iterações.

Confiabilidade

Escala: ALL VARIABLES

Estadísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,652	,687	17

Estadísticas de item-total

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
It1	61,4059	30,134	,481	,539	,618
It2	61,5012	30,236	,432	,534	,621
It5	61,8851	29,867	,322	,234	,628
It32	61,6748	29,656	,449	,358	,616
It47	61,6088	29,317	,501	,352	,610
It10r	61,4743	31,760	,196	,186	,644
It17r	61,8655	29,872	,256	,278	,638
It23r	61,4890	31,574	,212	,404	,642
It43r	61,7408	29,786	,341	,328	,626
It50r	61,7457	31,582	,199	,282	,644
It11	61,8680	30,634	,220	,182	,642
It18	62,3130	30,010	,193	,247	,650
It19	62,4499	30,297	,215	,162	,644
It33	62,0807	29,721	,330	,177	,627
It22	63,7188	32,095	,060	,464	,666
It30	63,8631	32,275	,063	,429	,663
It45	63,3545	31,430	,129	,114	,655

Estadísticas de escala

Média	Variância	Desvio Padrão	N de itens
66,0024	33,811	5,81475	17

Estatísticas de confiabilidade (Factor_1)

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,749	,763	5

Estatísticas de item-total (Factor_1)

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
It1	17,3399	4,735	,597	,515	,682
It2	17,4352	4,658	,577	,499	,685
It5	17,8191	4,350	,427	,191	,750
It32	17,6088	4,499	,543	,306	,694
It47	17,5428	4,685	,482	,255	,716

Estatísticas de escala (Factor_1)

Média	Variância	Desvio Padrão	N de itens
21,9364	6,741	2,59635	5

Estatísticas de confiabilidade (Factor_2)

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,714	,723	5

Estatísticas de item-total (Factor_2)

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
It10r	17,1687	6,067	,397	,176	,695
It17r	17,5599	4,776	,467	,230	,680
It23r	17,1834	5,479	,574	,341	,632
It43r	17,4352	5,197	,494	,274	,658
It50r	17,4401	5,693	,472	,224	,668

Estatísticas de escala (Factor_2)

Média	Variância	Desvio Padrão	N de itens
21,6968	7,937	2,81732	5

Estatísticas de confiabilidade (Factor_3)

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,567	,565	4

Estatísticas de item-total (Factor_3)

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
It11	11,1638	4,892	,334	,137	,508
It18	11,6088	3,856	,432	,197	,421
It19	11,7457	4,661	,324	,113	,517
It33	11,3765	5,054	,317	,105	,521

Estatísticas de escala (Factor_3)

Média	Variância	Desvio Padrão	N de itens
15,2983	7,171	2,67780	4

Estatísticas de confiabilidade (Factor_4)

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,636	,637	3

Estatísticas de item-total (Factor_4)

	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
It22	4,7873	2,232	,560	,402	,365

It30	4,9315	2,510	,535	,389	,417
It45	4,4230	3,063	,272	,075	,764

Estadísticas de escala

Média	Variância	Desvio Padrão	N de itens
7,0709	4,953	2,22560	3

Correlações - Idade

Correlações

		Idade	Factor_1	Factor_2	Factor_3	Factor_4
Idade	Correlação de Pearson	1	-,124*	-,296**	-,181**	,058
	Sig. (2 extremidades)		,012	,000	,000	,243
	N	409	409	409	409	409
Factor_1	Correlação de Pearson	-,124*	1	,288**	,251**	,139**
	Sig. (2 extremidades)	,012		,000	,000	,005
	N	409	409	409	409	409
Factor_2	Correlação de Pearson	-,296**	,288**	1	,066	-,244**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000		,186	,000
	N	409	409	409	409	409
Factor_3	Correlação de Pearson	-,181**	,251**	,066	1	,003
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,186		,960
	N	409	409	409	409	409
Factor_4	Correlação de Pearson	,058	,139**	-,244**	,003	1
	Sig. (2 extremidades)	,243	,005	,000	,960	
	N	409	409	409	409	409

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

**.. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Teste-T - Género

Estadísticas de grupo

	Género_1	N	Média	Desvio Padrão	Erro padrão da média
Factor_1	,00	335	4,4245	,50078	,02736
	1,00	74	4,2297	,54061	,06284

Factor_2	,00	335	4,3731	,54355	,02970
	1,00	74	4,2027	,59172	,06879
Factor_3	,00	335	3,8552	,66898	,03655
	1,00	74	3,6993	,63026	,07327
Factor_4	,00	335	2,3682	,77023	,04208
	1,00	74	2,3063	,59872	,06960

Teste de amostras independentes

	Teste de Levene para igualdade de variâncias		teste-t para Igualdade de Médias						
	Z	Sig.	t	df	Sig. (2 extremidades)	Diferença média	Erro padrão de diferença	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
								Inferior	Superior
Factor_1	,257	,613	2,984	407	,003	,19475	,06527	,06644	,32306
Variâncias iguais assumidas									
			2,841	102,491	,005	,19475	,06854	,05880	,33069
Factor_2	1,029	,311	2,402	407	,017	,17043	,07097	,03093	,30994
Variâncias iguais assumidas									
			2,275	101,975	,025	,17043	,07492	,02182	,31904
Factor_3	,928	,336	1,833	407	,068	,15590	,08506	-	,32311
Variâncias iguais assumidas									,01131
			1,904	112,337	,059	,15590	,08188	-	,31812
							,00632		
Factor_4	3,137	,077	,649	407	,517	,06185	,09536	-	,24931
Variâncias iguais assumidas									,12560
			,760	132,267	,448	,06185	,08133	-	,22274
							,09903		

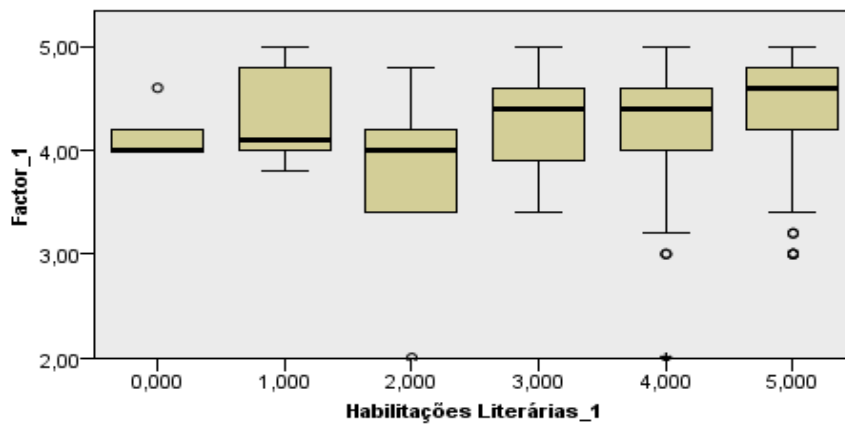
Testes não paramétricos – Habilitações Literárias

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Factor_1 é a mesma entre as categorias de Habilitações Literárias_1.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,020	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é

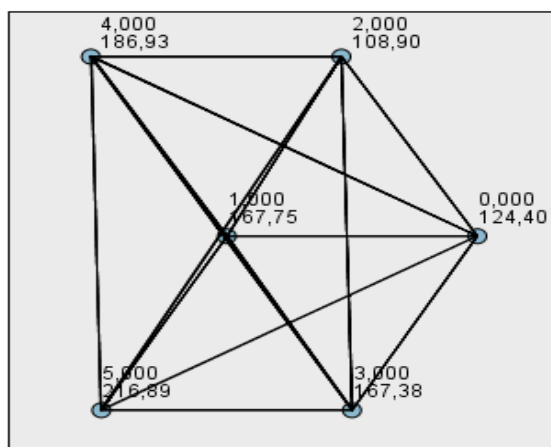
Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes



N total	409
Estatística de teste	13,416
Graus de liberdade	5
Sig. assintótico (teste de 2 lados)	,020

1. A estatística de teste está ajustada para empates.

Comparação Entre Pares de Habilitações Literárias_1



Cada nó mostra a posição média de amostra de Habilitações Literárias_1.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
2,000-0,000	15,500	74,033	,209	,834	1,000
2,000-3,000	-58,475	59,973	-,975	,330	1,000
2,000-1,000	58,850	64,114	,918	,359	1,000
2,000-4,000	-78,030	53,849	-1,449	,147	1,000
2,000-5,000	-107,989	52,803	-2,045	,041	,613
0,000-3,000	-42,975	59,973	-,717	,474	1,000
0,000-1,000	-43,350	64,114	-,676	,499	1,000
0,000-4,000	-62,530	53,849	-1,161	,246	1,000
0,000-5,000	-92,489	52,803	-1,752	,080	1,000
3,000-1,000	,375	47,187	,008	,994	1,000
3,000-4,000	-19,555	31,870	-,614	,539	1,000
3,000-5,000	-49,514	30,069	-1,647	,100	1,000
1,000-4,000	-19,180	39,109	-,490	,624	1,000
1,000-5,000	-49,139	37,656	-1,305	,192	1,000
4,000-5,000	-29,958	14,390	-2,082	,037	,560

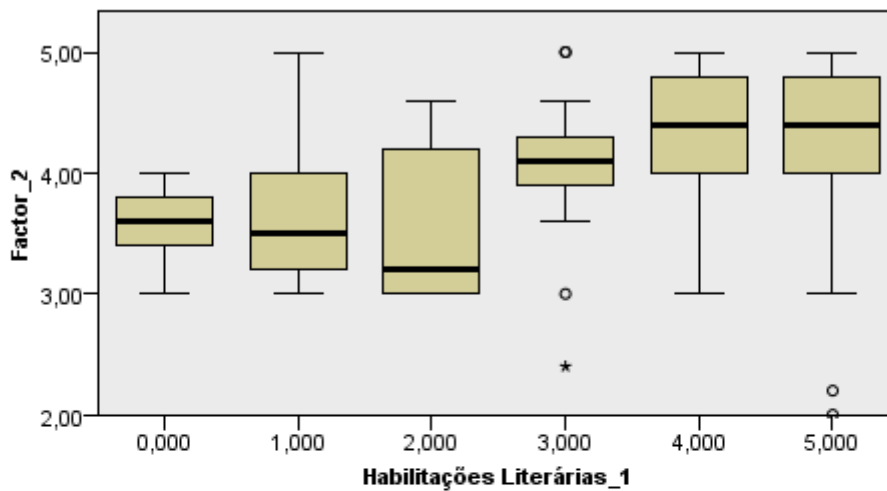
Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições da Amostra 1 e da Amostra 2 são as mesmas. São exibidas significâncias assintóticas (teste de 2 lados). O nível de significância é ,05.

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Factor_2 é a mesma entre as categorias de Habilitações Literárias_1.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,000	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é

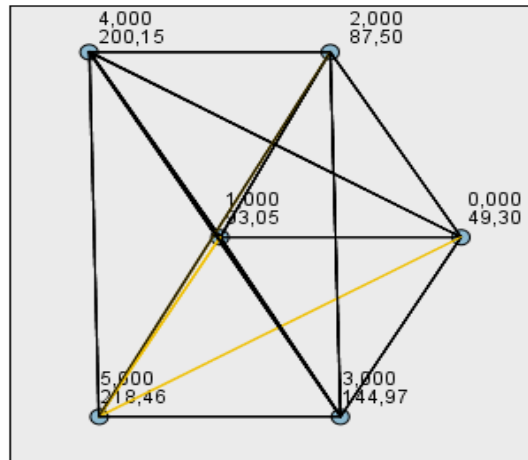
Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes



N total	409
Estatística de teste	31,094
Graus de liberdade	5
Sig. assintótico (teste de 2 lados)	,000

1. A estatística de teste está ajustada para empates.

Comparação Entre Pares de Habilitações Literárias_1



Cada nó mostra a posição média de amostra de Habilitações Literárias_1.

Amostra1-Amostra2	Estatística de Teste	Std. Erro	Erro Estatística de Teste	Sig.	Sig. Aj.
0,000-2,000	-38,200	74,137	-,515	,606	1,000
0,000-1,000	-43,750	64,204	-,681	,496	1,000
0,000-3,000	-95,669	60,058	-1,593	,111	1,000
0,000-4,000	-150,851	53,925	-2,797	,005	,077
0,000-5,000	-169,160	52,877	-3,199	,001	,021
2,000-1,000	5,550	64,204	,086	,931	1,000
2,000-3,000	-57,469	60,058	-,957	,339	1,000
2,000-4,000	-112,651	53,925	-2,089	,037	,551
2,000-5,000	-130,960	52,877	-2,477	,013	,199
1,000-3,000	-51,919	47,253	-1,099	,272	1,000
1,000-4,000	-107,101	39,164	-2,735	,006	,094
1,000-5,000	-125,410	37,709	-3,326	,001	,013
3,000-4,000	-55,182	31,915	-1,729	,084	1,000
3,000-5,000	-73,491	30,111	-2,441	,015	,220
4,000-5,000	-18,309	14,410	-1,271	,204	1,000

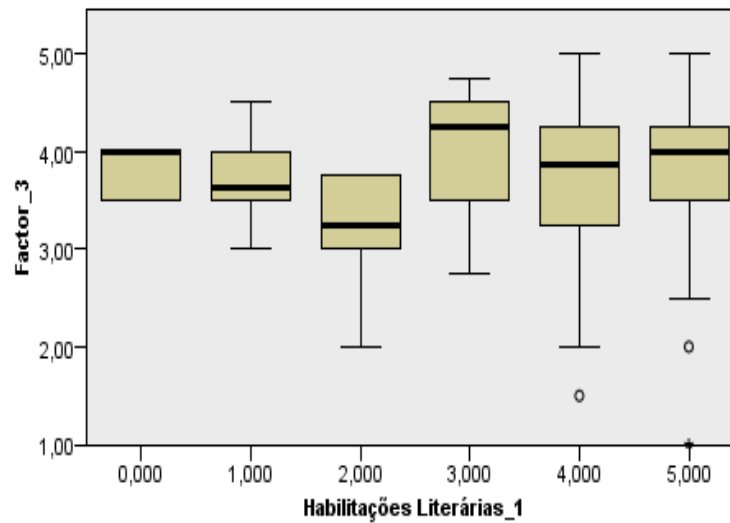
Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições da Amostra 1 e da Amostra 2 são as mesmas. São exibidas significâncias assintóticas (teste de 2 lados). O nível de significância é ,05.

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Factor_3 é a mesma entre as categorias de Habilitações Literárias_1.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,109	Retetar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância

Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes



N total	409
Estatística de teste	8,998
Graus de liberdade	5
Sig. assintótico (teste de 2 lados)	,109

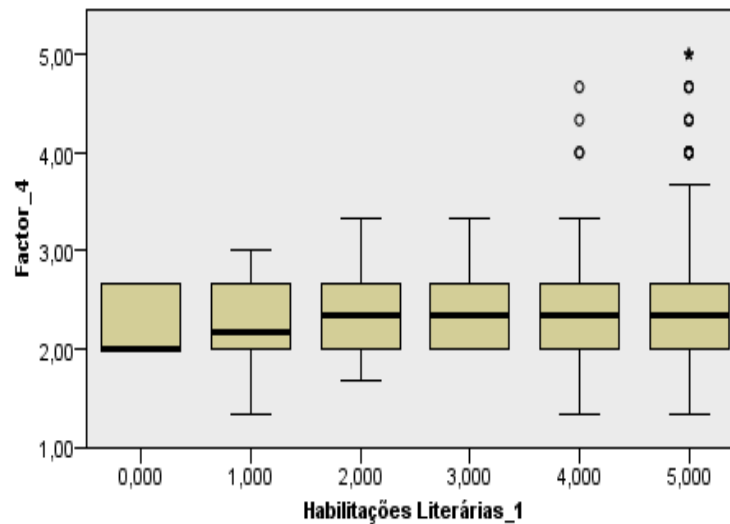
1. A estatística de teste está ajustada para empates.
2. Comparações múltiplas não são realizadas, pois o teste inteiro não apresenta diferenças significativas entre as amostras.

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Factor_4 é a mesma entre as categorias de Habilitações Literárias_1.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,992	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância

Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes



N total	409
Estatística de teste	,517
Graus de liberdade	5
Sig. assintótico (teste de 2 lados)	,992

1. A estatística de teste está ajustada para empates.
2. Comparações múltiplas não são realizadas, pois o teste inteiro não apresenta diferenças significativas entre as amostras.

Unidirecional – Rendimento Mensal

Descritivos

Factor_1

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Intervalo de confiança de 95% para média		Mínimo	Máximo
					Limite inferior	Limite superior		
					,00	93		
1,00	57	4,3404	,63916	,08466	4,1708	4,5099	2,00	5,00
2,00	90	4,4444	,43527	,04588	4,3533	4,5356	3,00	5,00
3,00	99	4,4000	,46599	,04683	4,3071	4,4929	3,00	5,00
4,00	5	4,1200	1,23774	,55353	2,5831	5,6569	2,00	5,00
5,00	4	4,8500	,19149	,09574	4,5453	5,1547	4,60	5,00
6,00	61	4,4525	,39649	,05076	4,3509	4,5540	3,40	5,00
Total	409	4,3892	,51305	,02537	4,3394	4,4391	2,00	5,00

Teste de Homogeneidade de Variâncias

Factor_1

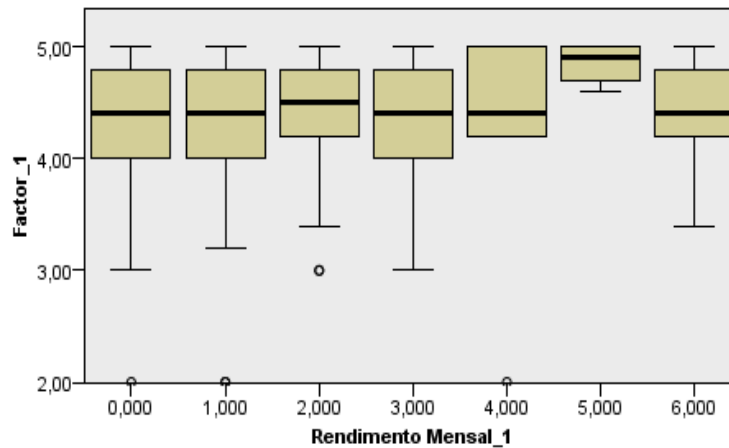
Estadística de Levene	df1	df2	Sig.
3,853	6	402	,001

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Factor_1 é a mesma entre as categorias de Rendimento Mensal_1.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,249	Retar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância

Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes



N total	409
Estatística de teste	7,854
Graus de liberdade	6
Sig. assintótico (teste de 2 lados)	,249

1. A estatística de teste está ajustada para empates.
2. Comparações múltiplas não são realizadas, pois o teste inteiro não apresenta diferenças significativas entre as amostras.

Descritivos

Factor_2

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Intervalo de confiança de 95% para média		Mínimo	Máximo
					Limite inferior	Limite superior		
,00	93	4,2903	,56838	,05894	4,1733	4,4074	3,00	5,00
1,00	57	4,2982	,62692	,08304	4,1319	4,4646	2,40	5,00
2,00	90	4,3844	,57610	,06073	4,2638	4,5051	2,00	5,00
3,00	99	4,3333	,52450	,05271	4,2287	4,4379	2,20	5,00
4,00	5	4,4800	,36332	,16248	4,0289	4,9311	4,00	5,00
5,00	4	4,6000	,54160	,27080	3,7382	5,4618	3,80	5,00
6,00	61	4,3869	,50579	,06476	4,2573	4,5164	3,00	5,00
Total	409	4,3423	,55572	,02748	4,2883	4,3963	2,00	5,00

Teste de Homogeneidade de Variâncias

Factor_2

Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
,796	6	402	,573

ANOVA

Factor_2

	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos	1,011	6	,169	,542	,776
Nos grupos	124,987	402	,311		
Total	125,998	408			

Descritivos

Factor_3

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Intervalo de confiança de 95% para média		Mínimo	Máximo
					Limite inferior	Limite superior		
,00	93	3,8011	,69700	,07228	3,6575	3,9446	1,00	5,00
1,00	57	3,8728	,73059	,09677	3,6790	4,0667	2,00	5,00
2,00	90	3,8222	,69432	,07319	3,6768	3,9676	1,75	5,00
3,00	99	3,7904	,62035	,06235	3,6667	3,9141	2,00	5,00
4,00	5	3,7500	1,03078	,46098	2,4701	5,0299	2,00	4,75
5,00	4	3,0000	,45644	,22822	2,2737	3,7263	2,50	3,50
6,00	61	3,9508	,51401	,06581	3,8192	4,0825	2,50	5,00
Total	409	3,8270	,66412	,03284	3,7625	3,8916	1,00	5,00

Teste de Homogeneidade de Variâncias

Factor_3

Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
1,682	6	402	,124

ANOVA

Factor_3

	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
--	--------------------	----	----------------	---	------

Entre Grupos	4,017	6	,670	1,530	,167
Nos grupos	175,932	402	,438		
Total	179,949	408			

Descritivos

Factor_4

	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Intervalo de confiança de 95% para média		Mínimo	Máximo
					Limite inferior	Limite superior		
					,00	93		
1,00	57	2,4503	,68281	,09044	2,2691	2,6315	1,00	4,00
2,00	90	2,3667	,69787	,07356	2,2205	2,5128	1,00	4,67
3,00	99	2,4074	,68106	,06845	2,2716	2,5432	1,00	5,00
4,00	5	2,4000	,49441	,22111	1,7861	3,0139	1,67	3,00
5,00	4	2,5000	1,73205	,86603	-,2561	5,2561	1,00	5,00
6,00	61	2,3989	,88154	,11287	2,1731	2,6247	1,00	4,67
Total	409	2,3570	,74187	,03668	2,2849	2,4291	1,00	5,00

Teste de Homogeneidade de Variâncias

Factor_4

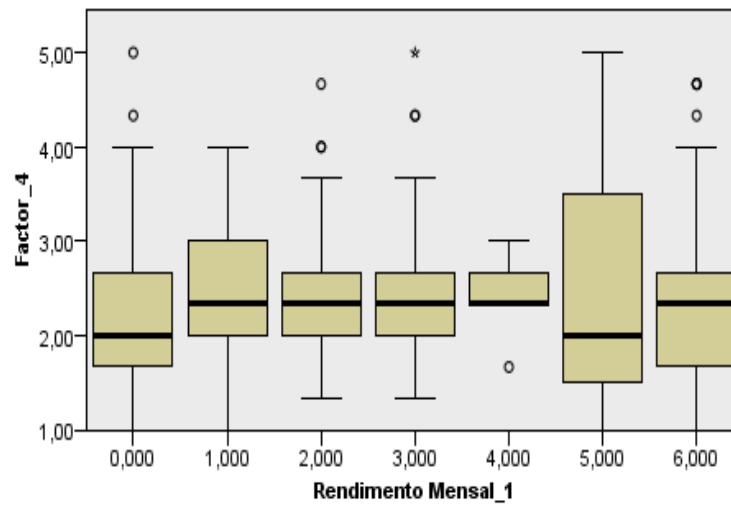
Estatística de Levene	df1	df2	Sig.
2,464	6	402	,024

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Factor_4 é a mesma entre as categorias de Rendimento Mensal_1.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,204	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância

Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes



N total	409
Estatística de teste	8,497
Graus de liberdade	6
Sig. assintótico (teste de 2 lados)	,204

1. A estatística de teste está ajustada para empates.
2. Comparações múltiplas não são realizadas, pois o teste inteiro não apresenta diferenças significativas entre as amostras.