



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

DICA

**(Dependências na Internet e Comportamento
Alimentar):**

Relação entre as dependências tecnológicas, alimentares e
autorregulação numa amostra de adolescentes

MARIA MIGUEL RODRIGUES LARANJO

Orientador de Dissertação:
PROF. DOUTORA FILIPA PIMENTA

Coordenador de Seminário de Dissertação:
PROF. DOUTORA FILIPA PIMENTA

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação
de Professora Doutora Filipa Pimenta,
apresentada no ISPA – Instituto Universitário
para obtenção de grau de Mestre na
especialidade de Psicologia Clínica

AGRADECIMENTOS

Um enorme obrigada à minha orientadora, Professora Doutora Filipa Pimenta, por tudo aquilo que me ensinou, por todas as oportunidades que me deu, pela sua disponibilidade e paciência comigo.

À minha mãe e ao meu pai porque sem eles nada disto seria possível, por me ajudarem a tornar na pessoa que sou hoje, pelo apoio incondicional e nunca duvidarem de mim, por fazerem tudo para que não me faltasse nada e por me darem a mão sempre que precisei.

Ao meu irmão Tomás por ter sido o meu primeiro amigo, pelo apoio todo e por ser o meu sensato preferido, mesmo quando não tenho assim tanta razão.

À minha Guigui e à Avó Tété por serem as minhas forças da natureza preferidas e por me mostrarem que eu sou capaz de tudo aquilo que quiser.

À minha estrela preferida por estares sempre de olho em nós e por estares lá comigo a alcançar todos os meus objetivos.

À restante família de sangue e afetiva que durante estes anos estiveram, quer à distância ou presentes, em todos os momentos de alegrias e tristezas.

Ao Pedro por seres a minha pessoa que está lá para mim independentemente de ser uma da tarde ou cinco da manhã, por todas as aventuras e desventuras que tivemos, por todos os conselhos que me deste.

À Jéssica por seres a irmã mais nova que nunca tive, por teres a paciência de ires horas infinitas comigo para o Técnico, por todo o apoio que me deste e por seres a minha escrava Isaura preferida.

À Filipa por me aceitar sempre de braços abertos, por todo o colo e por todos os raspanetes que deste, por me levares sempre de volta ao meu caminho e por me apresentares o meu +1 preferido.

A estes três por serem os meus pilares, as minhas pessoas, por serem a família que eu escolhi, por serem quem eu quero mais e por me tornarem uma pessoa melhor sem nunca duvidarem de mim mesmo quando eu o fazia. Acima de tudo, obrigada por terem entrado na minha vida sem nunca terem saído dela.

Ao Bruno, por ser o meu primeiro bebê, por me acompanhar e deixar que o acompanhe nesta fase tão importante das nossas vidas.

Ao Marcel, por todas as noites em que foste companhia de estudo para depois também poderes ser companhia de “vamos só ali beber um copo”, por todas as *dropbox* e explicações e por ouvires sempre com paciência.

Aos meus restantes amigos, por tudo o que fizeram por mim, por me darem nas orelhas quando preciso, por me ouvirem, por me fazerem uma pessoa melhor e mais feliz, por todo o apoio e força. Por tudo que me ensinaram e me ensinam e por serem mais uma peça que completa o puzzle que é a minha vida.

A todos os que fizeram parte comigo da AE, da CORC, dos Filhos da Psi, e tantos outros que eu tanto gosto, obrigada, levo-vos comigo para a vida.

A todas as minhas companhias de maratonas de estudo diurnas e noturnas, às salas do técnico e aos cafés às 4 da manhã, sem vocês isto não estaria feito.

RESUMO

A dependência alimentar pode ser definida como um funcionamento bastante semelhante ao uso e dependência de substâncias psicoativas, existindo assim um padrão de comportamentos viciantes e compulsivos que são parecidos, sendo o foco a comida e a relação com ela (Davis, 2013). Em estudos anteriores, estima-se que a percentagem de prevalência deste tipo de dependência se encontre entre os 2 e os 16% (Rodrigue et al., 2019). Assim, a presente investigação procura explorar preditores de dependência alimentar em adolescentes portugueses, bem como a possível associação com a autorregulação e dependência de *Smartphone*. No total, 598 alunos entre o 7º e o 12º ano preencheram questionários *online*, que incluíram o *SAS - Smartphone Addiction Scale* e a *YFAS – Yale Food Addiction Scale*.

Verificou-se que 12,3% dos adolescentes ($n=71$) apresentam sintomas congruentes com dependência alimentar e 30,3% ($n=175$), indica ter dependência de *Smartphone*.

Valores mais elevados de dependência alimentar são predicados pela dependência do *Smartphone* ($\beta =,264, p<,001$), menor controlo de impulsos ($\beta = -,152, p<,001$), maior número de horas de sono dormidas durante o fim de semana, ($\beta =,078, p = ,048$), maior número de horas de sono dormidas durante a semana ($\beta =,070, p = ,083$) e ser do sexo masculino ($\beta =,070, p = ,078$).

Este estudo vem frisar a importância da investigação sobre dependência alimentar em adolescentes, para construção de estratégias de deteção precoce e de intervenções apropriadas.

Palavras-chaves: Dependência alimentar, adolescência, dependência do Smartphone, autorregulação

ABSTRACT

Food addiction can be defined as a function quite similar to the use and dependence of psychoactive substances, thus there is a pattern of addictive and compulsive behaviors that are similar, although the focus will be on food and its relationship (Davis, 2013). In previous studies, it is estimated that the percentage of prevalence of this type of dependency is between 2 and 16% (Rodrigue et al., 2019). Therefore, the present study explores predictors of food addiction in portuguese adolescents, as well as the possible association with self-regulation and Smartphone dependence. In total, 598 students between the 7th and 12th grades completed the online questionnaires, which included the SAS- Smartphone Addiction Scale and the YFAS - Yale Food Addiction Scale.

It was found that 12,3% of adolescents ($n=71$) have symptoms that are congruent with food dependence and 30,3% ($n=175$) indicate having a Smartphone dependency. Higher values of food dependency were predicted by Smartphone dependence ($\beta = ,264, p < ,001$), a lower impulse control ($\beta = -,152, p < ,001$), a greater number of sleep hours during the weekend ($\beta = ,078, p = ,048$), a greater number of sleep hours during the week ($\beta = ,070, p = ,083$) and being male ($\beta = ,070, p = ,078$).

This study emphasizes the importance of research on food addiction in adolescents, in order to build strategies for early detection and appropriate interventions.

Keywords: Food addiction, adolescence, Smartphone addiction, self-regulation

ÍNDICE

Enquadramento Teórico	11
OBJETIVO DE ESTUDO	21
Método	22
DELINEAMENTO	22
PARTICIPANTES	22
MATERIAIS	22
PROCEDIMENTO	27
ANÁLISE DE DADOS	29
Resultados	30
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	30
VALIDADE FATORIAL, FIABILIDADE E SENSIBILIDADE	35
SMARTPHONE ADDICTION SCALE – SHORT VERSION (SAS-SV)	35
SHORT SELF-REGULATION QUESTIONNAIRE (SSRQ)	37
VERSÃO PORTUGUESA DA YALE FOOD ADDICTION SCALE (P-YFAS)	40
MODELO ESTRUTURAL DE PREDITORES PARA DEPENDÊNCIA ALIMENTAR EM JOVENS	42
RELAÇÃO ENTRE DEPENDÊNCIA DO SMARTPHONE E AUTORREGULAÇÃO	44
Discussão	45
Referências	51
Anexo A: Protocolo Do Estudo.....	59
Anexo B: Autorização De Participação Da Escola	75
Anexo C: Consentimento Informado Encarregados De Educação.....	76
Anexo D: Documento De Explicação Do Projeto.....	78
Anexo E: Tabelas De Sensibilidade Das Escalas SAS-SV, SSRQ E P-YFAS	85

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA (N=578)	30
TABELA 2: CARACTERIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO ONLINE.....	32
TABELA 3: CARACTERIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR.....	33
TABELA 4: BEM-ESTAR PSICOLÓGICO	34
TABELA 5: DEPENDÊNCIA ALIMENTAR E DE SMARTPHONE	34

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA DO SAS-SV	35
FIGURA 2 -. ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA DO SSRQ	39
FIGURA 3 - ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA DO P-YFAS	41
FIGURA 4 - MODELO ESTRUTURAL DE PREDITORES PARA FOOD ADDICTION EM JOVENS .	43

Enquadramento Teórico

Nesta última década, podemos destacar a emergência das tecnologias que levou a um aumento exponencial do uso de ferramentas como, por exemplo, a *internet* e o *smartphone* que permitiram uma maior facilidade na forma como comunicamos.

De acordo com *Internet World Stats* (2015) é estimado que em 2019 cerca de 4,5 mil milhões de pessoas no mundo sejam utilizadores de *internet*, o que equivale a cerca de 58,8% da população mundial.

Em Portugal, descrito pelo Anuário Estatístico de Portugal de 2018 é possível verificar: que o tráfego telefónico nacional móvel foi de 25 804 415 milhares de minutos; que 71,5% dos agregados domésticos têm pelo menos um indivíduo com idade compreendida entre 16 e os 74 anos e um computador em casa; e, ainda, 79,4% dos agregados domésticos têm, pelo menos, um indivíduo com idades entre 16 e os 74 anos com acesso à *internet*. De acordo com o PORDATA em 2019, podemos constatar que cerca de 3,5 milhões de pessoas eram assinantes de acesso há *internet* (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2019). Segundo um estudo onde participaram 1.974 jovens e crianças que passam em média 3 horas por dia na *Internet* os autores concluíram que, quanto mais velhos são os adolescentes mais tempo passam *online* (Ponte e Batista, 2019).

Apesar da *internet* apresentar a quem a utiliza bastantes vantagens também possui um lado mais negativo que é estudado e trabalhado pela comunidade científica. Uma das desvantagens da *internet* mais mencionada é o seu uso excessivo ou problemático, que pode levar a uma dependência por parte do utilizador. Alguns dos sinais são “pensamentos obsessivos sobre a *internet*, tolerância, controle do impulso diminuído, incapacidade de terminar o uso da *internet* e ainda abstinência” (Young, 1999; cit. por Davis, 2001, p. 187). Ainda de acordo com Davis (2001), existe uma distinção entre dois tipos de uso problemático da *internet*: o específico e o geral.

Conforme descrito pelo autor, o uso problemático específico está relacionado com a dependência de uma função específica da *internet*, com grande probabilidade da dependência existir se a *internet* não existisse. Um exemplo deste uso problemático pode ser o uso abusivo de serviços e/ ou conteúdo adulto, de serviços *online*

de leilões e bolsa de valores. O uso problemático geral está relacionado com um abuso geral das várias funções da *internet* e/ ou o tempo desperdiçado *online* sem um objetivo delineado. Para Yildirim et al. (2018), a adição à *internet* é caracterizada por um uso descontrolado, para além do tencionado, e que vai aumentando temporalmente. Adicionalmente, verifica-se a experiência de sentimentos negativos quando privado do uso e deterioração da vida pessoal, social e laboral.

A dependência da *Internet* tem efeitos negativos ao nível psicossocial como, por exemplo, “isolamento, depressão, perturbações de ansiedade, perturbações do sono, insónias, dietas irregulares, problemas familiares, insucesso académico, problemas laborais” (Pontes & Patrão, 2014, p. 92); mas também ao nível da saúde física como, por exemplo, “distensões musculares, lombalgia” (Pontes & Patrão, 2014, p. 92), o que pode prejudicar o normal funcionamento da vida dos indivíduos a variados níveis. Apesar do já referido, apenas podemos encontrar no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ou DSM, a dependência de jogos *online* (American Psychiatric Association, 2013).

Para além da dependência da *internet*, existe uma nova dependência que tem vindo a afetar a população mundial, sendo também uma questão estudada na literatura científica, a dependência do *smartphone*. De acordo com Lin et al. (2015), é difícil encontrarmos uma definição que seja consensual para todos os autores por isso refere que a definição de dependência do *smartphone* poderá ter alguns pontos em comum com a definição de dependência da *internet*. Já de acordo com Lin et al. (2014), dependência do *smartphone* é constituída por seis dimensões: o afastamento; o anseio de uso; a tentativa falhada de controlo da utilização; o preferencial aprofundamento das relações cibernéticas; o uso descontrolado; e, o impedimento do decurso natural do dia.

Num estudo relacionado com o uso e adição ao *smartphone* em jovens na Suíça, donde fizeram parte 1.519 alunos concluiu-se que 256 tinham adição ao *smartphone* (Haug et al., 2015, p. 303). Ainda, foi possível verificar, comparando jovens adultos com adolescentes, que os adolescentes teriam uma maior probabilidade de ter adição ao *smartphone*. Concomitantemente, a adição ao *smartphone* é predominante em indivíduos mais sedentários e com níveis mais elevados de *stress*. Numa investigação realizada com 1.824 estudantes Coreanos do ensino básico, 563 alunos (representando 30,9%) foram reconhecidos como

potencial grupo de risco para adição ao *smartphone* (Cha & Seo, 2018). Estes estudantes usavam o *smartphone* cerca de 313,13 minutos por dia. Por último, numa pesquisa com o objetivo de averiguar a dependência do *smartphone* em estudantes universitários pode-se verificar que 48% da sua amostra eram dependentes do *smartphone* (Aljomaa et al., 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2013), entre os 10 e os 19 anos encontramos um período crítico que está caracterizado por fortes e variadas mudanças, não só físicas como também psicológicas e comportamentais. Este caminho orientador até à fase adulta é marcado, entre outros temas, pela busca da independência, pelo impacto criado pelos pares e pelos média, por uma maior atenção ao próprio corpo e à sua aparência, pela aprendizagem de habilidade social e, de condutas que tendem a perdurar durante o resto da vida (OMS, 2013). Todos os fatores acima mencionados, entre outros, terão um grande impacto no processo de escolha e formação dos adolescentes.

Tendo em conta a informação anterior, podemos perceber que os adolescentes são a faixa etária mais vulnerável à dependência da *internet* e do *smartphone* tendo em conta que muitas vezes utilizam a *internet* e/ ou o *smartphone* como mecanismo de fuga da realidade e dos seus problemas associados (Choi et al., 2015; Ha et al., 2008).

Lam (2014), encontrou evidências, em vários estudos, que apontam para a existência de uma ligação entre dependência de jogos *online* e problemas de sono bem como, entre uso problemático da *internet* e novamente problemas com o sono. O autor enfatiza a importância de novos estudos uma vez que os realizados até à data não permitem tirar conclusões fortes sobre estas correlações. Zhang et al. (2017), numa amostra de 566 jovens vietnamitas observaram que 80,9% deles tinham problemas com o sono e que 21,2% da amostra total teria dependência da *internet*. Foi também possível observar que 85% dos participantes que tinham dependência da *internet* também tinham problemas com o sono, apesar de não ter uma diferença significativa para os indivíduos que não apresentaram dependência da *internet*.

Em relação ao *smartphone* uma investigação realizada por Randler et al. (2016), com adolescentes alemães, permitiu perceber que existe uma correlação negativa entre horas de sono, durante a semana, e adição ao *smartphone*. O que significa que quanto menos horas os participantes dormiam, maior era a probabilidade de desenvolver no

futuro ou terem já desenvolvida adição ao *smartphone*. Já as horas de sono dormidas durante o fim de semana não têm nenhuma relação com o uso problemático do *smartphone*. Igualmente, Liu et al. (2017), demonstram que existe uma correlação negativa entre qualidade do sono e adição ao *smartphone*.

Relacionando dependência de *smartphone* com bem-estar psicológico, foi realizado um estudo (Kumcagiz & Gunduz, 2016) que contou com a participação de 408 alunos onde puderam verificar que existe uma correlação negativa entre bem-estar psicológico e dependência do *smartphone*, o que significa que quanto maior for o bem-estar sentido, menor será a probabilidade de existir dependência da *internet* nesse indivíduo.

A adolescência é um tempo crítico para desenvolver e sedimentar hábitos saudáveis de vida. Ao longo da vida, as práticas e o comportamento alimentar dos jovens são de extrema importância visto que os hábitos alimentares se associam a um bom “desenvolvimento físico, mental e uma capacidade adequada de aprender e agir” (Silva, Recine e Queiroz, 2002; cit. por Julião et al., 2017, p. 29). Se esta aprendizagem não for corretamente feita, existe a probabilidade de se desenvolver uma perturbação alimentar.

As perturbações do comportamento alimentar, ou PCA, podem ser definidas como uma “perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial.” (American Psychiatric Association, 2014, p. 329). A grande maioria dos estudos que focam esta temática contêm amostras de jovens adultas ou adolescentes, o que leva a mais diagnósticos nestas faixas etárias e sexo (Luca et al., 2015).

Uma das perturbações alimentares mencionadas no DSM-V é a Perturbação de Ingestão Compulsiva, ou PIC, que é definida pelos seguintes critérios: A) Episódios recorrentes de compulsão alimentar que pode ser definido por consumo de uma maior quantidade de alimentos num curto espaço de tempo face à generalidade das pessoas sem qualquer autocontrolo durante este acontecimento; B) a este período de ingestão estão ligados três ou mais dos seguintes: ingestão de grandes porções de alimentos mesmo na inexistência de fome; consumo dos alimentos muito mais rápido do que habitual; comer sozinho de forma a esconder a vergonha sentida; comer até se sentir desagradavelmente

cheio; após a ingestão compulsiva sentir-se desgostoso consigo mesmo, depressivo e com sentimentos de grande culpa; C) existe uma grande angústia e mal-estar quando são recordadas as ingestões compulsivas; D) acontecem, em média, pelo menos uma vez por semana durante três meses; E) não está associada com uso regular de estratégias compensatórias desajustadas e não aparecem exclusivamente no decurso de uma Anorexia ou Bulimia Nervosa (American Psychiatric Association, 2014, p. 350).

Paralelamente a esta perturbação, começou a surgir e, conseqüentemente, a despertar interesse um fenómeno que foi denominado de *Food Addiction* ou em português, Adição Alimentar, que atualmente não se encontra descrita no DSM-V.

Numa revisão realizada por Bąk-Sosnowska (2017), sobre diferenças entre Adição Alimentar e PIC, em populações com obesidade, consegue-se perceber que ambos os conceitos possuem diferenças em algumas das categorias estudadas.

Nesta revisão, nos indivíduos com PIC são observáveis episódios de ingestão compulsiva, onde o importante é ingerir abundantes de alimentos sem ter em conta a composição ou sabores dos alimentos porque a comida não é uma fonte de prazer. Estes sujeitos comem mesmo não tendo fome porque esta ingestão procura aliviar o sofrimento psicológico sentido. A ingestão compulsiva ocorre maioritariamente quando estes indivíduos têm tempo livre de atividades e se encontram sozinhos. Existe uma noção de que as porções consumidas são excessivas, o que contribui para um maior sentimento de culpa e angústia face a este comportamento, sendo ser visto de forma positiva as ocasiões onde não é possível realizar o comportamento alimentar disruptivo. Por último, nestes indivíduos é possível observar um índice de massa corporal (IMC) bastante elevado, bem como um sentimento de angústia sobre a sua percepção da imagem corporal (Bąk-Sosnowska, 2017, p. 253).

De acordo com esta autora, nos indivíduos com dependência alimentar estes processos são diferentes. Não é possível observar episódios de ingestão compulsiva uma vez que, se trata de um estado contínuo onde existe um desejo por um alimento ou comida que seja saboroso para o sujeito. Este alimento até ser consumido irá criar uma sensação de desejo e necessidade constante e quando consumido vai proporcionar uma sensação de grande satisfação. Estes alimentos são utilizados como ferramenta para atingir felicidade, através das sensações positivas que causam. O indivíduo não tem nenhuma consciência do tamanho das porções consumidas devido a vários mecanismos de defesa que o protegem. Também graças a estes mecanismos de defesa, não existem grandes consequências na autoestima nem na disposição do indivíduo, não existindo preocupação sobre a sua imagem corporal. A presença de outros e a realização de tarefas não são um obstáculo, sendo que muitas vezes estas serão prejudicadas face ao comportamento alimentar. Quando um sujeito não consegue obter o alimento de escolha tende a estar mais facilmente ansioso, frustrado e potencialmente levar a comportamentos mais agressivos. No caso de indivíduos com adição alimentar, o IMC pode variar entre valores normais e elevados. Uma das grandes diferenças destes sujeitos para com indivíduos com PIC é a existência de sintomas de comportamento aditivo como, por exemplo, a tolerância e abstinência (Bak-Sosnowska, 2017, p. 253).

Gearhardt et al. (2013), explicam que a distinção entre dependência alimentar e outras perturbações alimentares ainda é ténue e existem algumas questões por responder. Uma delas é, se a adição não poderá desempenhar um papel importante no que toca aos distúrbios alimentares. Outra questão pertinente para os autores, se clinicamente e cientificamente, com toda a informação já reunida, o novo diagnóstico de dependência alimentar é relevante face às outras perturbações alimentares.

A investigação aponta para que, grande parte das propriedades aditivas da comida estejam relacionadas com a sua própria natureza biológica. Os sistemas de dopamina e de opioídes são ativados de forma semelhante quando existe consumo de substâncias psicotrópicas, bem como na ingestão de alimentos (Hoebel, Rada, Mark, & Pothos, 1999; Nieto, Wilson, Cupo, Roques, & Noble, 2002; cit. por Gearhardt et al., 2009, p.430).

Segundo Yildirim et al. (2018), a adição alimentar está ligada à capacidade aditiva de certos alimentos que na sua maioria são elevados em calorias e com uma grande capacidade aditiva (como, por exemplo, alimentos que sejam ricos em açúcar, gordura ou sal (Gearhardt et al., 2013, p. 500)), um consumo descontrolado e contínuo dessa comida pode ser considerado um comportamento aditivo. Neste processo está implícito que existem sensações de perda de controle face a estes alimentos (Schulte et al., 2017, p. 8).

Davis (2013), menciona adição alimentar como um funcionamento bastante semelhante ao uso e dependência de substâncias psicoativas existindo assim um padrão de comportamentos viciantes e compulsivos que são parecidos, mas o foco será a comida e a relação com ela.

Ainda de acordo com Gearhardt et al. (2009), o conceito de Dependência Alimentar é, atualmente, muito debatido devido ao seu uso por parte da cultura relativa a dietas, tornado assim urgente o aparecimento de ferramentas precisas que consigam medir corretamente este construto.

Relativamente a estudos realizados, calcula-se que indivíduos do sexo feminino sejam os mais afetados por este problema e que, cerca de 20% da população mundial seja afetada por esta perturbação (Preti et al., 2009; Pursey et al., 2014).

Ahmed et al. (2016), realizaram uma investigação com adolescentes provenientes do Egito onde relacionavam adição alimentar com depressão e ansiedade. Esta investigação permitiu concluir aos autores que existia uma prevalência de adição alimentar em 12% da sua amostra e, também, que existia uma relação forte com estas variáveis estudadas. Já Borisenkov et al. (2018), observaram uma prevalência de cerca de 4,5% no seu estudo que relacionava idade, sexo, peso, altura e depressão em adolescentes russos.

Em relação a estudos realizados sobre a relação entre dependência alimentar e outras variáveis, também importantes para o desenvolvimento destes jovens adultos, como, por exemplo, o sono, podemos observar que, de acordo com Najem et al. (2020), cerca de 10,3% dos seus participantes apresentam dependência da comida. Ainda foi possível demonstrar uma relação entre dependência alimentar e idade, índice de massa corporal, o facto de ser fumador ou não e *stress*, através da *Perceived Stress Scale* (PSS) (o que significa que quanto maior for o *score* na escala PSS, maior será o *score* na *Yale Food Addiction Scale* (YFAS)) - e sono, através da *Pittsburg Sleep Quality Questionnaire* (o que significa que pior qualidade de sono está associado à dependência da comida).

Quando falamos em comportamento alimentar, especialmente ao falarmos de dependência ligada à comida, torna-se importante mencionar e perceber o papel da autorregulação nestes comportamentos, especialmente quando abordamos este tema em relação a adolescentes. O conceito de autorregulação pode ser definido como a adaptação feita pelo indivíduo para se enquadrar nas normas preferenciais ao mesmo, através de uma prática regular de controlo sobre si mesmo (Šebeña et al., 2018, p. 5).

Este controlo consciente pode abranger atitudes, pensamentos e emoções de forma a atingir a meta desejada pelo indivíduo (Zeidner, Booeckaerts, & Pintrinch, 2000; cit. por Gaspar et al., 2015, p. 650).

Para Crews et al. (2007), a adolescência é uma época de grande importância para o desenvolvimento cerebral, onde o seu cérebro se encontra numa fase de mudanças comportamentais e também de transição para a fase adulta. Isto resulta num conjunto de comportamentos típicos relacionados com altos níveis de curiosidade e procura de sensações, maior propensão para comportamentos de risco, maior desejo de socialização e ainda maior número de comportamentos de atividade e lazer (Spear, 2000; cit. por Crews et al., 2007, p. 190). De acordo com os autores, entre os 10 e os 25 anos, existem grandes transformações nas áreas do cérebro relacionadas com as regiões “de controlo de impulso, definição de objetivos, motivação, relações interpessoais, argumentação e na avaliação de recompensas e punições em relação as suas ações” (Crews et al., 2007, p. 196).

Rodrigue et al. (2019), defendem o estudo das funções cognitivas relacionadas com adição alimentar, tendo em conta a impulsividade vivida nestas idades. As autoras comparam a impulsividade com funções cognitivas, mais concretamente com as funções executivas que são um conjunto de ferramentas e processos cognitivos para adaptação e orientação a novos comportamentos, incluindo funções e capacidades como o planeamento e resolução de problemas; capacidade de argumentação; controlo da inibição; memória do trabalho; e flexibilidade cognitiva (Luria, 1973; Norman et al., 1986; Fuster, 1997; Collins & Koechlin, 2012; Diamond, 2013; Noël, Brevers, & Bechara, 2013; cit por Rodrigue et al., 2019). Segundo Crews et al. (2007), as funções executivas são trabalhadas e melhoradas desde a adolescência até à fase adulta.

Gaspar et al. (2015), concluíram que adolescentes que mais frequentemente encontram problemas em controlar e regular o seu comportamento alimentar eram aqueles que mais facilmente tinham consciência das más práticas alimentares e dos riscos associados a estas, mas mesmo assim continuavam a manter as condutas.

Num estudo realizado por Kalavana et al. (2010), sobre autorregulação e o seu papel no comportamento alimentar (saudável ou não saudável) em jovens, foi possível averiguar que conceções ligadas à autorregulação estavam relacionadas de uma forma negativa com hábitos alimentares não saudáveis. Sendo que, estabelecimento e eficácia dos objetivos foi considerado um preditor de comportamentos alimentares não saudáveis e, de uma forma positiva com comportamentos alimentares saudáveis. Nesta investigação apesar de os rapazes manifestarem piores hábitos alimentares que as raparigas, não foram encontradas evidências estatísticas significativas que mostrassem que o sexo poderia ser um fator preditor para melhores hábitos alimentares (Kalavana et al., 2010).

Torna-se importante, pelas razões acima mencionadas, explorar a autorregulação no âmbito da dependência de *smartphone* ou adição alimentar, especialmente quando nos referimos a uma população tão jovem.

Em relação à adição do *smartphone* em ligação com a autorregulação, Van Deursen et al. (2015), através de uma investigação com uma amostra aleatória de pessoas holandesas, puderam concluir que a autorregulação tem uma correlação negativa com adição ao *smartphone*, ou seja, quanto maior for a capacidade de autorregulação, menor será a propensão para ter dependência de *smartphone*. Adicionalmente, Gökçearsan et

al. (2016), realizaram um estudo com 614 estudantes universitários, observando que alunos que tivessem uma maior capacidade de autorregulação, tinham menos propensão para ter adição ao *smartphone*. Após uma pesquisa foi possível perceber que não existe ainda estudos que tentem fazer a correlação entre autorregulação e dependência alimentar, o que apenas serve para reforçar a urgência no estudo da relação entre estes dois conceitos.

Yildirim et al. (2018), investigaram a correlação entre dependência da comida, dependência da *internet* e autoestima, em estudantes do ensino secundário. Foi possível verificar que existe uma relação positiva entre dependência da comida e dependência da *internet*, ou seja, a dependência da comida é um bom preditor de dependência da *internet*. Os autores atribuem a causa desta associação de adições como um exemplo de casos onde é observável uma justaposição de adições.

Greenberg et al. (1999), realizaram um estudo sobre a justaposição de várias dependências em simultâneo, em estudantes universitários. Neste estudo os autores fazem a distinção entre duas dependências; de substâncias (tendo como exemplo o álcool, chocolate, café e cigarros) e de atividades de lazer (tendo como exemplo o jogo, exercício físico, uso problemático da *internet*, hábito problemático de visualização de televisão, dependência de vídeo jogos). Mencionam, também, que existe um núcleo comum a estas duas dependências, mas que não existe informação suficiente para dizer como se desenvolve ou porque é que subsiste.

Apenas foi encontrado um estudo, o de Yildirim et al. (2018), que relacionasse a dependência (*internet/ smartphone*) como podendo ser um potencial preditor de dependência alimentar. É importante realçar que não existe ainda muita literatura com foco na relação de comportamentos protetores de dependência alimentar (como, por exemplo, as horas de sono dormidas, o bem-estar percebido e, a capacidade de autorregulação do jovem), tornando-se assim de grande urgência o aparecimento destes estudos.

A exploração da associação entre o uso problemático do *smartphone* com o comportamento alimentar não saudável é necessária em jovens. Tal poderá informar o eficaz desenvolvimento de intervenções direcionadas a comportamentos de dependência na internet e de tecnologias, associados (ou talvez reforçados) por comportamento

alimentar não saudável, focando preditores que podem constituir fatores de risco modificáveis.

Objetivo de estudo

Esta investigação tem como primeiro objetivo explorar preditores de Adição Alimentar, em jovens com idades entre os 12 e os 18 anos, incluindo variáveis sociodemográficas, de saúde (por exemplo, o percentil de peso e as horas de sono), dependência do *smartphone*, o bem-estar psicológico percebido e a autorregulação.

Método

Delineamento

Podemos observar que este estudo quantitativo tem um desenho descritivo analítico-transversal, visto que os dados foram recolhidos num único momento e não houve manipulação de variáveis (Marôco, 2018; Pais-Ribeiro, 2010).

Participantes

A amostra deste estudo é composta por 598 adolescentes de nacionalidade portuguesa, recolhidos maioritariamente em escolas dos Distritos de Castelo Branco e Faro, do 7.º ao 12.º ano de escolaridade. Apesar de ser uma amostra muito equilibrada, o sexo masculino contém o maior número de participantes ($n=246$; 54,3%). As idades dos participantes estão compreendidas entre os 12 e os 18 anos ($M= 14,31$; $DP= 1,672$).

Materiais

O protocolo utilizado (Anexo A: Protocolo do estudo) para a recolha de informação nesta amostra era constituído pelas seguintes partes.

Questionário Sociodemográfico e de Estilo de Vida

Esta secção do protocolo é constituída por perguntas que possibilitem fazer uma caracterização dos indivíduos em relação a aspetos sociodemográficos como, por exemplo: idade; sexo; ano de escolaridade; distrito de residência; instituição escolar frequentada; constituição do agregado familiar; horas de sono durante os dias úteis e durante o fim de semana; prática, frequência e tipo de atividade física.

Questionário de Comportamentos Online: Uso e Acesso

Este questionário pretende caracterizar os indivíduos relativamente aos seus comportamentos *online*, sendo composto por questões relacionadas com: a idade com que iniciaram o uso da *internet*; em que aparelhos costumam aceder à *internet*; quais e a frequência de uso dos ecrãs disponíveis em casa; se tem *smartphone* e qual a política de utilização do mesmo na escola; estimativa do número de horas diárias de utilização da *Internet* com o fim de lazer ou passatempo (durante a semana e durante o fim de semana); estimativa do número de horas diárias, durante o fim-de-semana, de serviço

da *Internet* com a finalidade de estudo; as atividades realizadas na *internet*, excluindo tempo de estudo ou tarefas escolares; se jogam jogos online, quanto tempo dispensam para esta atividade (durante a semana e durante o fim-de-semana), quais são os jogos preferenciais e com quem costumam jogar; se realizam refeições em família e se existe possibilidade de uso do *smartphone* durante a refeição por parte de qualquer membro familiar; verificação de comportamentos alimentares enquanto utilizam o telemóvel ou computador e quais são os alimentos consumidos quando usam estes ecrãs; existência de acesso a ecrãs à noite e qual a frequência deste acesso.

Por último, é realizada uma questão sobre o bem-estar psicológico percebido com uma pergunta tipo *Likert* com uma escala de 10 pontos, onde 0 pontos é equivalente à classificação de “mau” e o “excelente” é classificado como 10 pontos.

Smartphone Addiction Scale – Short Version (SAS-SV) (Água, Patrão e Leal, 2017)

A escala *Smartphone Addiction Scale – Short Version* foi adaptada e validada para uma amostra portuguesa por Água et al. (2017), sendo original de Kwon et al. (2013). Esta escala visa a avaliação da existência da dependência do *smartphone*.

A SAS-SV é uma escala de Likert com 10 itens (e.g., “*Tens dificuldade em concentrar-te na aula, durante tarefas, ou durante o horário de trabalho devido ao uso do smartphone.*” (Água et al., 2017)) tendo uma classificação de 6 pontos, onde a variação de valores se situa entre o 1 - “Discordo fortemente” e o 6 - “Concordo Fortemente”.

A pontuação obtida em cada uma das respostas é somada de forma a obtermos o score final. Assim, com este score final teremos que comparar com os valores de *cut-off*, que variam com o género, sendo que para o género feminino o valor é de 33 e para o género masculino é de 31 (Kwon et al., 2013).

Na adaptação à população portuguesa, relativamente à consistência interna foi possível verificar um valor de $\alpha = 0.86$, o que aponta para um elevado valor de consistência interna (Água et al., 2017).

Short Self-Regulation Questionnaire (SSRQ) (Castillo & Dias, 2009)

O *SSRQ - Short Self-Regulation Questionnaire* foi adaptada e validada para uma amostra portuguesa por Castillo e Dias (2009), sendo original de Carey et al. (2004) e pretende medir a autorregulação.

É uma escala de *Likert* que é constituída por 31 itens (e.g. “Quando chega a altura de decidir acerca de uma mudança, sinto-me dominado pelas alternativas” (Castillo & Dias, 2009)) sendo que a classificação que varia de 1 a 5 pontos sendo que “1” representa “Concordo fortemente” e “5” representa “Discordo fortemente”.

Após o preenchimento do questionário, de acordo com Carey et al. (2004), o *score* total deveria ser somado para se conseguir chegar a um índice total de autorregulação. Mas Neal e Carey (2005), sugeriam a divisão da escala em duas sub-escalas: *Controlo de impulsos*, que contém 15 itens (1, 5, 8, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 24, 25, 26, 28, 29) e *Estabelecimento de objetivos*, que contém 14 itens (2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 16, 19, 22, 23, 27, 31). Para este estudo, iremos optar pela utilização da versão da divisão da escala em duas sub-escalas.

Na adaptação à população portuguesa, a consistência interna obtida conseguiu um valor de $\alpha = 0.86$ (Castillo e Dias, 2009).

Yale Food Addiction Scale - Portuguese Version (P-YFAS) (Torres et al., 2017)

A *P-YFAS - Yale Food Addiction Scale* foi adaptada e validada para uma amostra portuguesa por Torres et al. (2017), sendo a escala original de Gearhardt et al. (2009), que procura avaliar a dependência alimentar e comportamento de ingestão de alimentos com um elevado valor de açúcar e/ ou gordura que tenha acontecido durante o espaço de um ano. É constituída por 24 itens (e.g., “Percebi que tenho um forte desejo ou ânsia de consumir certos alimentos quando os reduzo ou paro de os comer.” (Torres et al., 2017)), tratando-se de uma escala de *Likert* sendo que a classificação, para os primeiros 23 itens, varia de 0 a 4 pontos tendo em conta que “0” representa “Nunca” e “4” representa “4 ou mais vezes por semana, ou diariamente” e, para o último item (“Quantas vezes tentaste reduzir ou parar de comer por completo certos alimentos?” (Torres et al., 2017)) a classificação varia de 1 a 5 pontos em que “1” representa “1 ou menos vezes” e “5” representa “5 ou mais vezes”.

A *YFAS* (Gearhardt et al., 2009) tem duas opções de pontuação, a versão de frequência (relacionada com o número de sintomas experienciados) e a versão dicotômica (relacionada com o facto de ter ou não ter sinais que suportem adição à comida).

De acordo com a cotação original, os itens deverão ser agrupados em três grupos (do item #1 ao #16; do #17 ao #23 e o #24) levando a respostas de frequência (e.g. 0 = “nunca” e 4 = “4 ou mais vezes por semana, ou diariamente”) e as dicotômicas (e.g. sim e não), respetivamente. De seguida convertemos os itens dicotômicos (itens #19, #20, #21, #22) cotando “*Não*” como 0 e “*Sim*” como 1.

Após este procedimento podemos agrupar os itens em sintomas sendo que sintoma 1 – Substância consumida em maior quantidade e num período mais longo do que o intencionado – (#1, #2, #31); sintoma 2 – Constante desejo de consumo e/ou variadas tentativas de desistência de uso (#4, #22, # 24); sintoma 3 – Demasiado tempo dispensado na obtenção – (#5, #6, #7); sintoma 4 – Desistência ou redução das atividades importantes sociais – (#8, #9, #10, #11); sintoma 5 – uso continuado mesmo quando existe consciência dos perigos que representa – (#19); sintoma 6 – Tolerância– (#20, #21); sintoma 7 – Abstinência – (#12, #13, #14); sintoma 8 – Angústia e sofrimento relacionados com o comportamento alimentar – (#15, #16) (Gearhardt et al., 2009). Após o agrupamento, também os sintomas deveram ser convertidos em valores dicotômicos sendo que classificamos “0” se todos os itens que o integram foram classificados com “0”; “1” se, pelo menos, um item que íntegra foi classificado com “1”.

Por fim, o último passo está ligado ao cálculo dos *scores*. Podemos retirar dois tipos de pontuação da *P-YFAS*: a) *a contagem de sintomas* – é uma classificação que varia entre 0 e 7, tendo como função, ser indicador do número total de sintomas que estão avaliados com “1”; b) *Identificação de um padrão de sintomas congruente com Dependência Alimentar* – classifica a dependência alimentar ou não, de acordo com uma pontuação dicotômica (0 = Não tem dependência alimentar; 1 = Tem dependência alimentar). Classifica-se com “1” quando: a contagem de sintomas ≥ 3 e o sintoma 8 tem a pontuação “1”.

No presente estudo, irá ser utilizado o segundo tipo de *score* (Identificação de um padrão de sintomas congruente com Dependência Alimentar) e a escala dicotômica foi transformada em escala ordinal para melhor explorar a frequência dos sintomas.

Todos os itens tiveram pesos fatoriais acima de ,50 e foi obtida uma consistência interna alta no estudo de adaptação a uma amostra portuguesa ($\alpha = 0,93$) (Torres et al., 2017).

Procedimento

O projeto DICA (Dependência da Internet e Comportamento Alimentar) foi apresentado à Direção-Geral de Educação (DGE; pedido de inquérito n.º 0466600003, registado a dia 20 de março de 2018) com o propósito de ser feita uma avaliação para averiguar se cumpriria todos os requisitos. O projeto foi autorizado pela DGE sendo paralelamente aceite pela Secretaria Regional de Educação da Região Autónoma dos Açores e Região Autónoma da Madeira (SRERAA e SRERAM, respetivamente) e também aprovado pela comissão de ética do ISPA-IU.

Após este processo, num documento foi criada uma base de dados com todas as escolas públicas e privadas de Portugal Continental que cumprissem os critérios de inclusão (escolas que lecionassem aos 3º ciclos e secundário) ficando com uma população de 1355 escolas, onde era possível observar os nomes da escola, agrupamento a que pertencem, número de alunos por escola, NUT a que pertencem, distrito ou região, morada, contacto telefónico e *e-mail* da escola.

Com o mesmo procedimento foi feito para uma base de dados das escolas públicas e privadas da Região Autónoma da Madeira e para uma base de dados com as escolas públicas e privadas da Região Autónoma dos Açores. Foi criada uma base de dados no programa SPSS v.24 com todas as escolas, com o intuito de seleccionar aleatoriamente 5 escolas por NUT, fazendo assim uma amostra com 125 escolas para contactar.

De seguida, foi construído um questionário online para o projeto a partir de formulários (Google). Ao mesmo tempo, foram criados alguns documentos essenciais ao funcionamento do projeto como o Consentimento Informado para entregar aos encarregados de educação; a minuta de autopreenchimento da autorização da participação da escola contactada no projeto; um documento orientador e informativo sobre o projeto e ainda o protocolo utilizado no projeto (Anexos A, B, C e D).

Após a criação dos documentos necessários, foram iniciados os contactos com as escolas, tendo o primeiro contacto sido sempre feito por telefone e após o contacto telefónico, a utilização do email do projeto (dica@ispa.pt) como ferramenta de contacto com as escolas.

O contacto com as escolas para este projeto iniciou-se a dezembro de 2018 e tendo sido terminado em março de 2020, tendo sido respostas por parte de 598 alunos. Iniciaram o processo de resposta 598 alunos, contudo apenas 578 concordaram participar no estudo e optaram por validar o consentimento informado. Os resultados da amostra recolhida foram analisados através dos programas IBM SPSS – IBM Analytics versão 24 e IBM AMOS – IBM Analytics versão 24.

Análise de dados

Para um melhor conhecimento das capacidades psicométricas dos instrumentos utilizados foram analisados os alfas de Cronbach, sendo o limite para valores considerados aceitáveis se situar em 0,7 (Marôco, 2018). Foram considerados os valores da assimetria e da curtose e comparados com os valores de referência ($|sk| < 3$; $|ku| < 7$) (Marôco, 2018). Procedeu-se a uma análise fatorial confirmatória dos instrumentos.

Segundo Marôco (2014), a utilização e formação do modelo de equações estruturais procura identificar relações recursivas e/ou não recursivas hipotéticas entre fatores latentes e/ou variáveis manifestas.

A qualidade do ajustamento do modelo foi avaliada Qui-quadrado (χ^2/df) sendo que valores entre 5 e 2, considerados aceitáveis; pelo CFI (*Comparative Fit Index*) e TLI (*Tucker Lewis Index*) sendo que valores entre 0,8 e 0,9 são considerados aceitáveis; e RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) sendo os valores entre 0,05 e 0,10 também são considerados aceitáveis, tendo sempre em conta os valores de referência a utilizar (Marôco, 2014).

Para a exploração das variáveis que prediziam existência de um diagnóstico de adição alimentar nesta amostra, criou-se um modelo de equações estruturais, onde a variável adição alimentar (tal como medida pelo P-YFAS) foi assumida como variável dependente. As variáveis independentes foram: variáveis sociodemográficas (sexo e idade), de saúde (percentil, horas de sono nos dias de semana e horas de sono nos fins de semana), uso de tecnologia (acesso à noite a ecrãs, uso durante as refeições, refeições ou *snacks* durante o uso de ecrãs), bem-estar psicológico percebido, dependência de Smartphone e capacidade de autorregulação (controlo de impulsos e estabelecimento de objetivos).

Resultados

Caracterização da amostra

Este estudo reuniu 598 adolescentes de nacionalidade portuguesa, sendo 20 destes participantes não consentiram em participar. É possível observar que esta amostra tem uma distribuição equilibrada do sexo (rapazes: $n=302$; 52,2%). Estes adolescentes frequentam entre os 7.º e o 12.º ano de escolaridade e são provenientes de escolas pertencentes as NUT III de Castelo branco, Faro, Leiria, Portalegre, Região Autónoma da Madeira e Viana do Castelo. Tendo em conta a idade, os indivíduos encontram-se entre os 12 e os 18 anos ($M= 14,44$; $DP= 1,70$).

Tabela 1: Caracterização da Amostra (n=578)

		<i>N</i>	%
	12	64	11,1
	13	134	23,2
	14	141	24,4
Idade	15	78	13,5
	16	78	13,5
	17	48	8,3
	18	30	6,1

Sexo	Rapazes	302	52,2
	Raparigas	276	47,8
Ano de escolaridade	7º	116	20,1
	8º	174	30,1
	9º	142	24,6
	10º	46	8,0
	11º	60	10,4
	12º	40	6,9
Distrito	Castelo Branco	240	41,5
	Faro	126	21,8
	Leiria	120	20,8
	Portalegre	20	3,5
	Região Autónoma da Madeira	71	12,3
	Viana do Castelo	1	0,2
Agregado familiar	Avós	10	1,7
	Instituição	3	0,5
	Monoparental	110	19,1
	Monoparental Alargada	22	3,8
	Nuclear	372	64,5
	Nuclear Alargada	39	6,8
	Recomposta	19	3,3
	Recomposta Alargada	1	0,2
	Sozinho	1	0,2
Horas sono durante a semana	2h-4h	7	1,2
	4h-6h	40	6,9
	6h-8h	320	55,4
	8h-10h	196	33,9
	Mais do que 10h	15	2,6
	Horas sono durante o fim de semana	2h-4h	23
4h-6h		67	11,6
6h-8h		163	28,2
8h-10h		235	40,7
Mais do que 10h		90	15,6

Percentil			
	Peso Baixo	26	4,6
	Peso Normal	383	67,5
	Excesso de peso	82	14,5
	Obesidade	76	13,4

No que concerne a alguns dos comportamentos online, a Tabela 2 apresenta a caracterização dos participantes no que respeita ao seu acesso, frequência e uso de smartphone e outros ecrãs. Podemos observar que a grande maioria dos participantes utiliza dispositivos móveis, nomeadamente telemóveis e *smartphones*, para aceder a *internet* ($n=486$; 84,1%).

Tabela 2: Caracterização do Comportamento Online

		<i>N</i>	%
Acesso à Internet	Ecrã Fixo	92	15,9
	Ecrã Movel	486	84,1
Ter Smartphone	Não, não tenho nem Smartphone, nem tenho telemóvel	11	1,9
	Sim, tenho Smartphone	490	84,8
	Não, não tenho Smartphone, mas tenho um telemóvel	77	13,3
Uso de Smartphone na escola	Não tenho nem Smartphone, nem telemóvel	11	1,9
	Sim, posso usar na escola (ex., durante os intervalos) e na sala de aula	88	15,2
	Sim, posso usar na escola (ex., durante os intervalos), mas não na sala de aula	467	80,8
	Não, não posso usar nem na escola, nem na sala de aula	12	2,1
Acesso a ecrãs à noite	Não	94	16,3
	Sim	484	83,7
Frequencia de uso de ecrãs	Nunca	132	23,0
	Raramente	55	9,6
	Às vezes	92	16,0
	Muitas vezes	86	15,0
	Todos os dias	209	36,4

No que concerne a alguns dos comportamentos alimentares, a Tabela 3 apresenta a caracterização dos participantes no que respeita às refeições com família, refeições com uso de aparelhos e tipo de refeições feitas em frente a um ecrã.

Tabela 3: Caracterização do Comportamento Alimentar

		<i>N</i>	%
Refeições à mesa com a família	Não	49	8,5
	Sim	529	91,5
Uso aparelhos móveis à refeição	Não, nem eu, nem a minha família utilizamos	453	80,7
	Sim, eu utilizo, mas a minha família não utiliza	45	8,0
	Sim, eu e a minha família utilizamos	38	6,8
	Eu não utilizo, mas outros membros da minha família utilizam	25	4,5
Refeições durante o uso de aparelhos	Sim	218	37,7
	Não	360	62,3
Tipo de alimentos consumidos durante o uso de aparelhos	Doces	288	66,4
	Salgados	258	59,6
	Fruta e Vegetais	164	37,8
	Referigerantes	209	48,4
	Bebidas energeticas	80	18,5
	Laticínios	70	16,2
	Refeições completas	100	23,2
	Outros Líquidos	28	6,4
	Sumos Naturais	5	1,2
Cereais	22	5,3	

Na Tabela 4 podemos observar os dados recolhidos relativos ao bem-estar psicológico percebido pelos participantes.

Tabela 4: Bem-estar psicológico

		<i>N</i>	%
Bem-estar psicológico	1 (Mau)	12	2,1
	2	8	1,4
	3	17	2,9
	4	28	4,8
	5	46	8,0
	6	40	6,9
	7	79	13,7
	8	123	21,3
	9	87	15,1
	10 (Excelente)	138	23,9

Por último, Tabela 5 podemos observar as frequências dos dados recolhidos relativos a sintomas congruentes com padrão de dependência do smartphone e de dependência da comida.

Tabela 5: Dependência alimentar e de Smartphone

		<i>N</i>	%
Dependência do Smartphone	Com dependência	175	30,3
	Sem dependência	403	69,7
Dependência alimentar	Com dependência	71	12,3
	Sem dependência	507	87,7

Validade fatorial, fiabilidade e sensibilidade

Smartphone Adiction Scale - Short version (SAS-SV)

Na escala do SAS-SV, com itens de resposta tipo Likert de 1 a 5, foi possível observar que nenhum dos itens tem valores omissos. Sendo que os valores absolutos de assimetria (Sk) e achatamento (Ku) não excederam os valores de |3| e |8|, respetivamente, é possível demonstrar o pressuposto de normalidade em todos os itens (Marôco, 2018) (Anexo E: Qualidades métricas da escala SAS-SV – Sensibilidade dos itens - SPSS).

Também em relação aos dados desta investigação, a escala demonstra uma consistência interna alta, visto que o α ser igual a 0,87.

Foi também realizada uma análise fatorial confirmatória para se obter mais informação sobre a validade fatorial da escala.

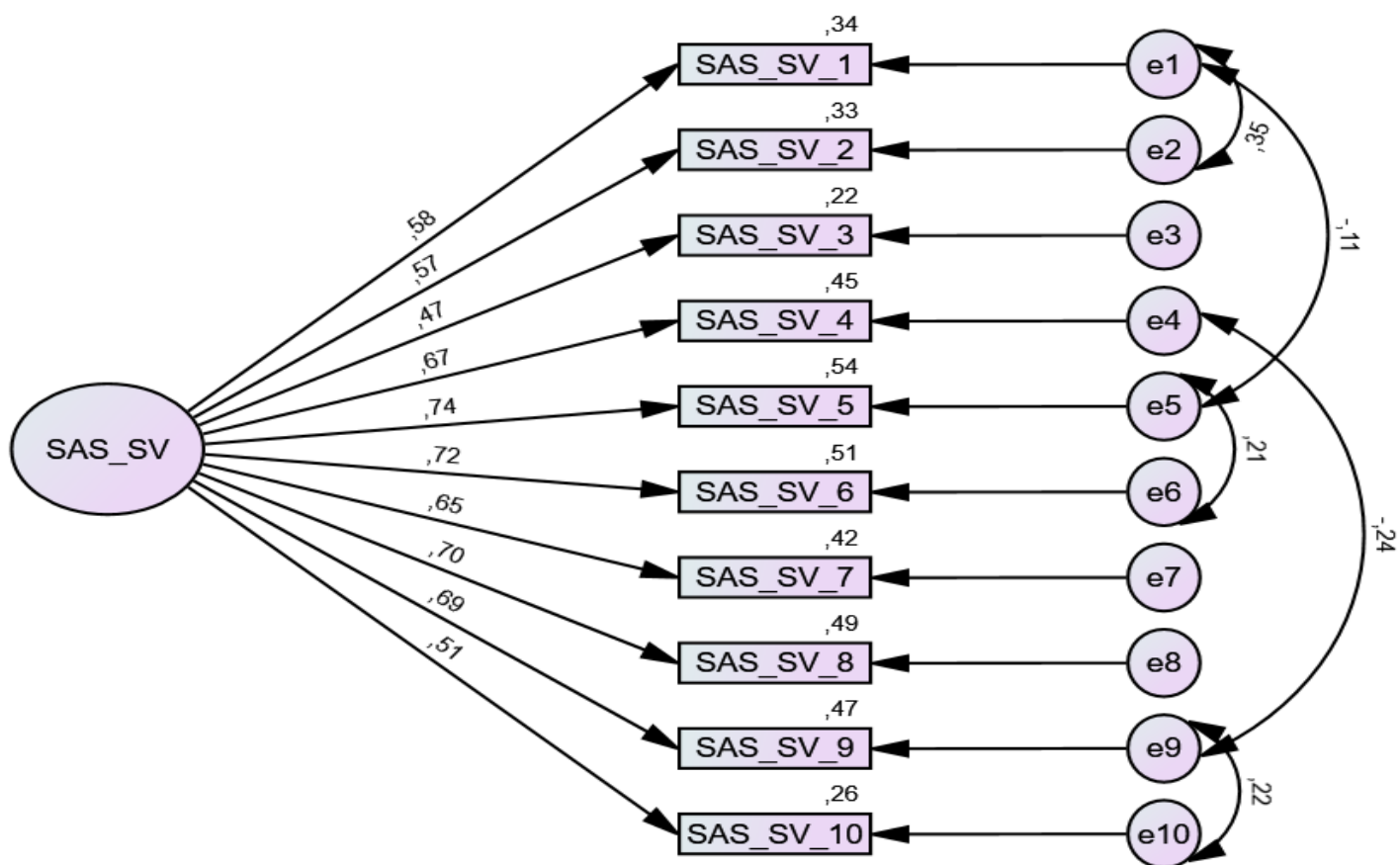
Respetivamente ao ajustamento local do modelo, o R2 permite-nos obter informação sobre a variância explicada do item em relação ao modelo e deverá assumir um valor superior a ,250. Nesta escala apenas um item apresentou um valor marginalmente inferior, o item 10 “*As pessoas à tua volta dizem-te que usas demasiado o Smartphone.*” (Água et al., 2017) (0,224), mas para este estudo não iremos excluir este item.

Em relação aos pesos fatoriais dos itens, que de acordo com Marôco (2014) deverá ser $\lambda \geq 0,5$ e todos os itens apresentaram um peso fatorial aceitável.

Esta escala demonstrou ter índices de modificação altos justificando assim cinco correlações entre alguns itens.

Figura 1 - Análise Fatorial Confirmatória do SAS-SV

AFC SAS_SV
 $\chi^2=92,564$; $df=30$; $p=,000$; $\chi^2_{df=3,085}$; CFI=,970; PCFI=,647
 ;TLI=,955; PGFI=\pgfi; NFI=,957; RMSEA=,060; $P(\text{rmsea}<0.05)=,108$
 I.C.90%],046,,074[



Short Self-Regulation Questionnaire (SSRQ)

Na escala do SSRQ, com itens de resposta tipo Likert de 1 a 5, foi possível observar que nenhum dos itens tem valores omissos. Sendo que os valores absolutos de assimetria (Sk) e achatamento (Ku) não excederam os valores de $|3|$ e $|8|$, respetivamente, é possível demonstrar o pressuposto de normalidade em todos os itens (Marôco, 2018). (Anexo F: Qualidades métricas da escala SSRQ – Sensibilidade dos itens - SPPS).

Também em relação aos dados desta investigação, a escala demonstra conter uma consistência interna alta visto que o α é igual ,874.

Foi realizada uma análise fatorial confirmatória para se obter mais informação sobre a validade fatorial da escala. De acordo com avaliação da estrutura fatorial dos itens no artigo de Castillo e Dias (2009), os itens 20 “*Sou capaz de resistir a tentações*” (Castillo & Dias, 2009) e 30 “*Eu sei o que quero ser*” (Castillo & Dias, 2009) não teriam boas qualidades para serem integrados numa das sub-escalas. De acordo com a análise fatorial confirmatória, através da análise da matriz de componente rotativa, realizada neste estudo, foi possível integrar os dois itens na sub-escala “*Controlo de impulsos*”.

Respetivamente ao ajustamento local do modelo, o R^2 permite-nos obter informação sobre a variância explicada do item em relação ao modelo e deverá assumir um valor superior a ,250. Nesta escala, o item 7 “*Para mim, é difícil notar quando chego ao meu "limite" (álcool, comida, doces)*” (Castillo & Dias, 2009) apresentou com um valor superior (,479) e o item 30 “*Eu sei o que quero ser*” (Castillo & Dias, 2009) apresentou um valor de ,115, o que pode constituir uma fragilidade, mas para este estudo não iremos excluir estes itens.

Em relação aos pesos fatoriais dos itens de acordo com Marôco (2014) deverá ser $\lambda \geq ,500$, também podemos observar que o item 7 “*Para mim, é difícil notar quando chego ao meu "limite" (álcool, comida, doces)*” (Castillo & Dias, 2009) apresentou com um valor marginalmente inferior ($\lambda = 0,393$) e o item 30 “*Eu sei o que quero ser*” (Castillo & Dias, 2009) apresentou um valor de ,393. Isto poderá constituir uma fragilidade, mas para este estudo não iremos excluir este item.

Esta escala demonstrou ter altos índices de modificação justificando os ajustes de cinco correlações entre itens com os maiores valores: erros entre o item 8 e 12; erros entre o

item 16 e 19; erros entre o item 24 e 25; erros entre o item 28 e 29, erros entre o item 29 e 30.

Em relação ao restante da validade, o Short Self-Regulation Questionnaire apresenta ter características para afirmar que tem um bom ajustamento tal como verificado na Figura 2.

SubEscala de autorregulação

$\chi^2=1184,350$; $df=428$; $p=,000$; $\chi^2/df=2,767$; $CFI=,902$; $PCFI=,831$
 $TLI=,894$; $PGFI=\text{pgfi}$; $NFI=,856$; $RMSEA=,055$; $P(\text{rmsea}<0.05)=,010$
 I.C.90%],052,,059[

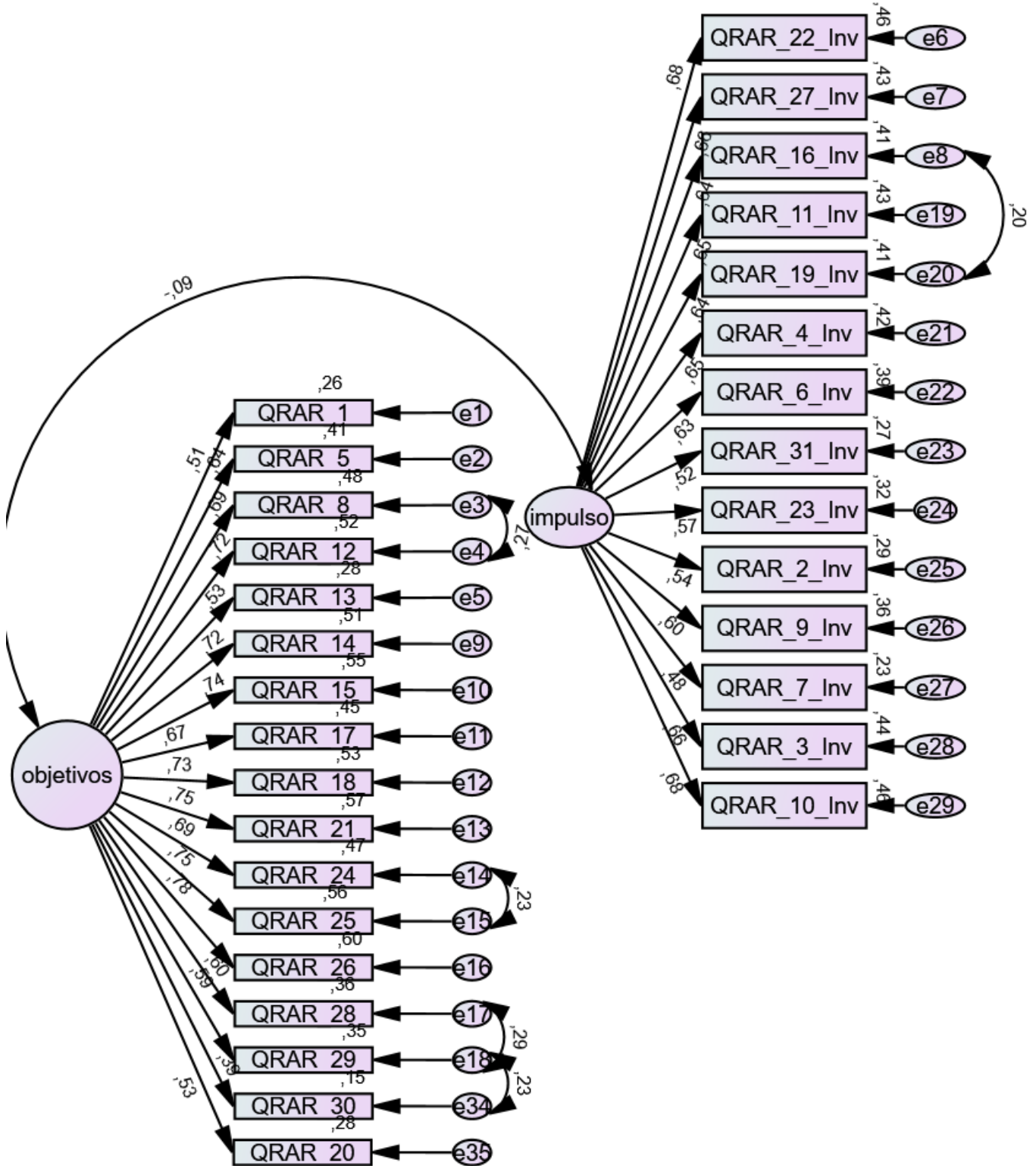


Figura 2 -. Análise Fatorial Confirmatória do SSRQ

Versão portuguesa da Yale Food Addiction Scale (P-YFAS)

Na escala do P- YFAS, com itens de resposta tipo Likert de 1 a 5, foi possível observar que nenhum dos itens tem valores omissos. Dado que os valores absolutos de assimetria (Sk) e achatamento (Ku) não excederam os valores de |3| e |8|, respetivamente, é possível demonstrar o pressuposto de normalidade em todos os itens (Marôco, 2018). (Anexo G: Qualidades métricas da escala P-YFAS– Sensibilidade dos itens - SPSS).

Também em relação aos dados desta investigação, a escala demonstra conter uma consistência interna alta visto que o α é igual ,953.

Respetivamente ao ajustamento local do modelo, o R2 permite-nos obter informação sobre a variância explicada do item em relação ao modelo e deverá assumir um valor superior a ,250. Nesta escala apenas um item (item 24 “*Quantas vezes tentaste reduzir ou parar de comer por completo certos alimentos?*” (Torres et al., 2017)) apresentou com um valor significativamente inferior (,097), o que pode constituir uma fragilidade, mas para este estudo não iremos excluir este item.

Em relação aos pesos fatoriais dos itens, que de acordo com Marôco (2014) deverá ser $\lambda \geq ,5$, apenas podemos destacar um valor inferior por parte do item 24 “*Quantas vezes tentaste reduzir ou parar de comer por completo certos alimentos?*” (Torres et al., 2017)) ($\lambda = 0,312$). Isto poderá constituir uma fragilidade, mas para este estudo não iremos excluir este item. Paralelamente é possível observar que existem também quatro valores marginalmente inferiores, o item 1 “*Noto que quando começo a comer certos alimentos, acabo por comer muito mais do que tinha planeado*” (Torres et al., 2017)) , o item 2 “*Dou por mim a continuar a comer certos alimentos, mesmo quando já não tenho fome*” (Torres et al., 2017)) , o item 22 “*Quero reduzir ou parar de comer certo tipo de alimentos*” (Torres et al., 2017)) e 23 “*Tenho tentado reduzir ou parar de comer certo tipo de alimentos*” (Torres et al., 2017)) .

Esta escala demonstrou ter um alto nível de modificação justificando ajustes de cinco correlações entre itens com os maiores níveis.

Em relação ao restante da validade, a Yale Food Addiction apresenta ter características para afirmar que tem um bom ajustamento ($\chi^2/df=4,450$; CFI=,910; TLI=,899; RMSEA=,077; $P<,001$; C.I. 90%],073; ,082[) (ver Figura 3).

AFC P_YFAS
 $\chi^2=1099,175$; $df=247$; $p=,000$; $\chi^2/df=4,450$; CFI=,910; PCFI=,814
 ;TLI=,899; PGFI=\pgfi; NFI=,887; RMSEA=,077; $P(rmsea<0.05)=,000$
 I.C.90%],073,,082[

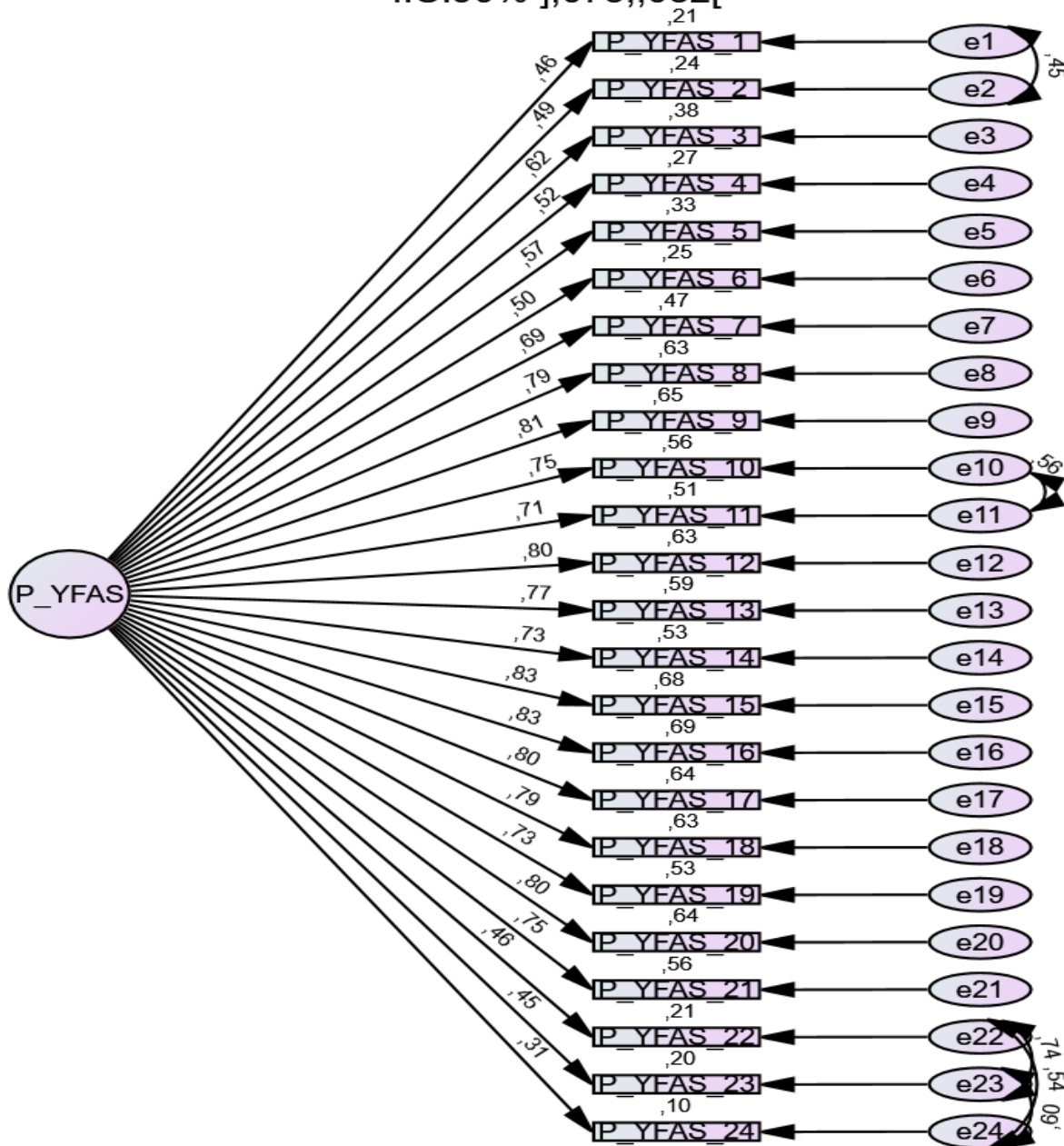


Figura 3 - Análise Fatorial Confirmatória do P-YFAS

Modelo Estrutural de preditores para Dependência Alimentar em jovens

O modelo estrutural de dependência alimentar em jovens indica um ajustamento sofrível ($\chi^2/df=2,555$; $CFI=0,828$; $TLI=0,811$, $RMSEA=0,052$; $P=0,081$, $C.I. 90\%$],050; ,054]) (Figura 4). Este modelo explica 12% da variância dos sinais de dependência alimentar nesta amostra.

Modelo Final
 $\chi^2=3089,578$; $df=1209$; $p=,000$; $\chi^2_{27}df=2,555$; $CFI=,828$
 $;TLI=,811$; $RMSEA=,052$; $P(rmsea<0.05)=,081$
 I.C.90%],050,,054[

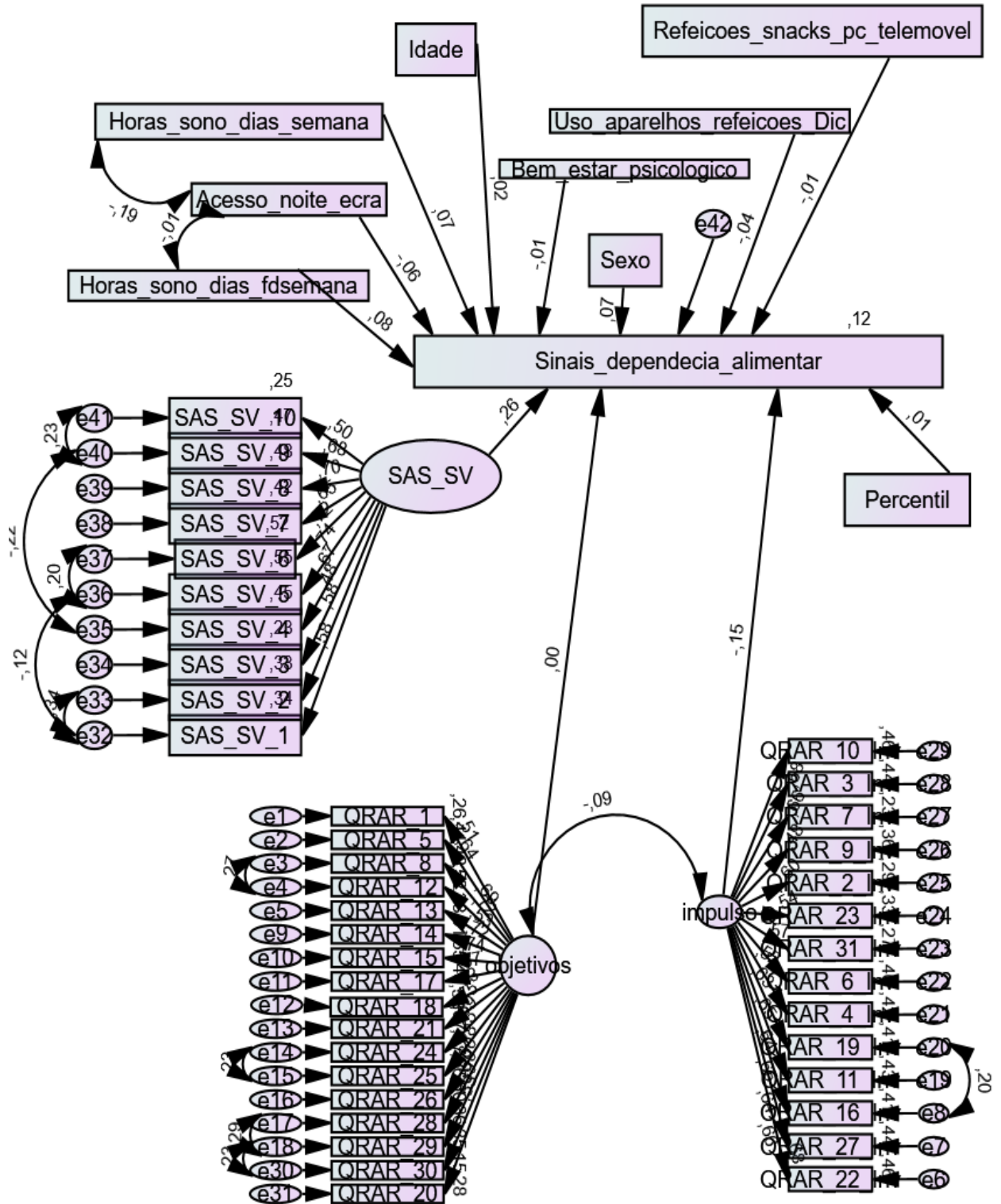


Figura 4 - Modelo estrutural de Preditores para Food Addiction em jovens

Neste modelo é possível verificar que as variáveis que demonstram prever a presença de sinais de dependência alimentar são um baixo controle de impulsos ($\beta = -,152, p < ,001$), dependência do smartphone ($\beta = ,264, p < ,001$) e ainda um maior número de horas de sono dormidas durante o fim de semana ($\beta = ,078, p = ,048$). Existem duas variáveis com uma relação marginalmente significativa em relação ao sinal de dependência alimentar sendo estes o número de horas de sono durante a semana ($\beta = ,070, p = ,083$) e o sexo ($\beta = ,070, p = ,078$).

Relação entre Dependência do Smartphone e Autorregulação

Foi realizado um teste de *Pearson* para avaliar a relação entre dependência do *smartphone* e autorregulação. O teste de associação de *Pearson* revelou existir uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre dependência do smartphone e a controle de impulsos ($r = -,630; p < ,001$) e uma correlação baixa na escala de estabelecimento de objetivos ($r = ,118 ; p = ,004$).

Discussão

O principal objetivo desta investigação foi perceber, numa amostra de adolescentes, quais seriam os preditores de uma adição alimentar tendo em conta determinadas variáveis, (e.g., a dependência do smartphone e a autorregulação).

A percentagem de indivíduos com adição alimentar neste estudo, situada nos 12,3%, está dentro das percentagens de prevalência previstas noutros estudos que pode variar entre 2 e 16% (Ahmed et al., 2016; Gearhardt et al., 2013, 2013, 2013; Laurent & Sibold, 2015; Mies et al.; cit por Rodrigue et al., 2019).

No presente estudo não foi possível encontrar uma relação entre adição alimentar e o percentil de peso/altura apesar da maioria da literatura científica apontar para a existência de uma ligação entre estes dois conceitos.

De acordo com Burrows et al. (2017), num estudo sobre dependência alimentar em crianças, os seus pais e os respetivos comportamentos alimentares, foi possível verificar uma relação entre o seu IMC e o das crianças. Também foi possível verificar uma relação entre o percentil dos pais e a dependência alimentar dos seus filhos. Gearhardt et al. (2013), na validação da escala YFAS para crianças, conseguiram observar que existia uma relação positiva entre a dependência alimentar e o percentil peso/altura dos participantes.

Um estudo realizado por Meule (2012) veio mostrar que a relação existente entre o IMC e a dependência alimentar pode ser não linear, pelo que se deve ter em conta um outro fator: o número de sintomas de dependência alimentar experienciados. O autor refere que existe uma estagnação no número de sintomas experienciados em populações com peso baixo a normal e em populações com obesidade mórbida. No entanto refere também que existe um ligeiro crescimento no resto das classes de peso e o mesmo pode ser verificado para a prevalência de diagnóstico de dependência alimentar (Meule, 2012).

A inexistência de uma relação, na presente investigação, entre estes dois conceitos poderá ter a ver com esta relação não linear uma vez que cerca de 60% dos participantes se encontra na classe de peso normal.

No que respeita à relação entre sexo e adição alimentar, nesta amostra, foram encontradas evidências de os rapazes serem mais propensos a ter adição alimentar do que

as raparigas.

Relativamente a este aspeto, a literatura é bastante dispersa, existindo alguns estudos que apontam para que sejam as raparigas, como por exemplo, Borisenkov et al. (2018) que realizaram um estudo sobre adição alimentar em adolescentes russos e onde comprovaram que as raparigas teriam maior propensão para adição alimentar que os rapazes. Rodrigue et al. (2019) também pode corroborar, no seu estudo sobre dependência alimentar em adolescentes e a sua relação com as funções executivas, que as raparigas eram mais prováveis de ter este tipo de dependência que os rapazes.

Já Naghashpour et al. (2018), ao estudarem a prevalência de adição alimentar nas crianças e adolescentes iranianos, relataram uma maior incidência em rapazes, não explicando, contudo, qual poderia ser a razão para estes resultados.

Por último, houve ainda uma investigação realizada com população adolescente não clínica, em que não foi evidenciado uma relação entre adição alimentar e sexo dos participantes (Zhao et al., 2018).

Uma razão que poderá estar por detrás de todos estes diferentes resultados pode ser o facto de as amostras poderem não ser equilibradas em relação ao número de participantes de cada sexo. As preferências alimentares também poderão desempenhar um grande papel nesta relação. Nu et al. (1996) concluíram que as raparigas seriam mais prováveis de ter hábitos alimentares mais saudáveis, ou seja, uma maior ingestão de verduras e frutas devido a uma maior consciência da sua imagem corporal. De acordo com um estudo realizado por Backman et al. (2002), foi possível concluir que as raparigas manifestavam uma atitude mais positiva em relação a consumir menos calorias, hábitos alimentares saudáveis e um maior desejo de fazer uma alimentação saudável em relação aos rapazes. Tendo em conta que os rapazes terão uma maior propensão para terem hábitos alimentares menos saudáveis que as raparigas, o que poderá implicar um maior consumo de alimentos com grande potencial aditivo, poderá ser uma explicação para os resultados encontrados.

Relacionando adição alimentar com horas de sono, uma investigação realizada por Li et al. (2018), onde o seu objetivo era demonstrar a relação entre dependência alimentar, atividade física e sono em adultos, os participantes que tinham dependência alimentar reportavam um menor número de horas dormidas do que aqueles que não tinham. Também Najem et al. (2020) encontrou uma relação positiva entre má qualidade de sono e adição alimentar, num estudo que pretendia relacionar adição alimentar com stress,

qualidade de sono e cronótipo, numa amostra constituída de estudantes universitários. Um estudo realizado com habitantes de todas as idades da Rússia Europeia, conseguiu demonstrar uma relação entre dependência alimentar e menos horas dormidas durante a semana (Borisenkov et al., 2020). Adicionalmente, de acordo com Greer et al. (2013) a privação de horas de sono poderá levar a um grande desejo de comidas que contenham um maior índice calórico.

Contrariamente à literatura, no presente estudo foi possível verificar que as horas de sono realizadas pelos adolescentes estavam relacionadas positivamente com a dependência alimentar, especialmente as horas de sono realizadas durante o fim de semana, o que significa que quanto mais horas de sono dormidas maior a probabilidade de ter dependência alimentar.

Uma possível causa para esta relação poderá estar no reporte generalizado de um número elevado de horas de sono, por parte dos participantes especialmente durante o fim de semana. Segundo (Pereira et al., 2015) as horas de sono adequadas para um adolescente (com idade compreendida entre os 14 e os 19 anos) é de 8,33 horas. Assim, o facto dos elementos da amostra dormirem, na sua maioria, mais do que as oito horas por noite poderá ser uma justificação para o facto de se verificar uma relação positiva entre o número de horas dormidas e a propensão para a adição alimentar verificada no presente estudo.

Para além das variáveis de saúde, também foram estudadas as relações da dependência alimentar com outros padrões de comportamentais de dependência, como por exemplo a dependência do smartphone.

No presente estudo, foi possível verificar uma relação bastante significativa entre adição alimentar e a dependência do smartphone.

Estes resultados também são verificáveis noutros estudos, como é o caso do estudo de Kim et al. (2017), relativo à dependência do smartphone e comportamento alimentar em jovens coreanos em que se observou uma relação entre hábitos alimentares não saudáveis e a dependência do smartphone.

Neste estudo que está a ser realizado, os resultados revelam que a adição ao smartphone pode funcionar como um preditor da adição alimentar. Tal também é verificável por Domoff et al. (2020) que, à semelhança deste estudo, também encontra uma relação entre o uso problemático do telemóvel e a adição alimentar, no seu estudo

com adolescentes. Os autores relatam que poderão existir características e/ou comportamentos que levem a maior propensão para comportamentos adictos, mas que estas terão que ser mais estudadas (Domoff et al., 2020).

Ainda, num estudo realizado por Mies et al. (2017), também se observa uma relação entre adição alimentar e comportamentos aditivos (uso de canábis, tabaco e álcool) concordando com o descrito na literatura anteriormente. Para estes autores existem três razões que podem explicar esta ligação: uma substância pode agir como facilitador para outras adições; existência de herança genética; e a influência de fatores externos (como por exemplo exposição a contextos de fácil acessibilidade a alimentos com capacidades aditivas e também pressão psicossocial) nesta relação (Mies et al., 2017).

Tal como já foi mencionado anteriormente não existe muita literatura que mencione a existência de adições sobrepostas. No entanto, Greenberg et al. (1999), no seu estudo verifica que duas dependências coexistentes têm um núcleo comum. Porém também não existe informação suficiente para determinar a origem e a forma como se desenvolve.

Uma das possíveis explicações para o facto de que na amostra do presente estudo se verifica a coexistência de dois tipos de adição, poderá estar relacionada com a autorregulação, nomeadamente com a falta de controlo de impulsos.

Como já referido anteriormente, a adolescência é onde vigoram comportamentos com altos níveis de curiosidade e procura de sensações, maior propensão para comportamentos de risco, maior desejo de socialização e ainda maior número de comportamentos relacionados com atividade e lazer (Spear, 2000; cit por Crews et al., 2007). Crews et al. (2007) refere que as funções executivas, que incluem a impulsividade, são desenvolvidas durante a adolescência até à fase adulta.

Num estudo realizado por Rodrigue et al. (2019) sobre dependência alimentar em adolescentes, encontraram uma relação entre impulsividade e dependência alimentar, especialmente na subescala da urgência, isto é, situações em que o sujeito experiencia com frequência impulsos fortes quando confrontado com condições de carga emocional negativa. Os autores referem que estes indivíduos, especialmente em situações que requerem uma grande gestão emocional, serão mais prováveis de mostrar um deficiente controlo de impulso e não irão considerar as consequências dos seus comportamentos no

futuro. Os autores mencionam que a adolescência é uma fase da vida onde existe uma maior dificuldade de autorregulação dos comportamentos (Rodrigue et al., 2018).

Numa investigação que procurava a relação entre impulsividade e dependência alimentar em jovens adultos e adultos, Murphy et al. (2014) conseguiram verificar a existência de uma relação entre estes dois conceitos. Neste estudo os indivíduos que apresentam um deficiente controlo de impulsos durante a infância e adolescência são mais prováveis de desenvolver dependência alimentar bem como outros comportamentos de risco, como a dependência de substâncias (Murphy et al., 2014).

Nesta investigação também foi possível observar uma relação significativa entre dependência de Smartphone e controlo de impulsos. Estes resultados vão de encontro com os resultados de Mahapatra (2019) que num estudo sobre os efeitos negativos do uso de smartphone em jovens adultos (15 aos 20 anos), conseguiu verificar que existe uma relação entre o uso do smartphone e a capacidade de autorregulação, nomeadamente, quanto maior for a capacidade de autorregulação, menor será a probabilidade de existir dependência do smartphone. Vários investigadores também vieram a averiguar que existe uma relação entre impulsividade e dependência do smartphone (Jo et al., 2018; Yejin Kim et al., 2016; Liang & Leung, 2018; Remondi et al., 2020).

Assim, a falta de controlo de impulsos poderá ser um fator que contribui para a existência destes dois comportamentos aditivos.

A perda de auto controlo é uma grande parte do comportamento adicto, que está relacionada com uma autorregulação ineficaz que é caracterizada por comportamentos impulsivos (Metcalf & Mischel, 1999; cit por Van Deursen et al., 2015).

Limitações e estudos futuros

Este estudo contou com algumas limitações sendo uma delas relativa à recolha da amostra e o prazo de recolha de dados, que não demonstravam ser compatíveis com o calendário letivo escolar e a pouca disponibilidade de tempo por parte dos responsáveis para uma explicação e pedido de autorização do projeto na escola impossibilitando a recolha de dados em algumas alturas.

Uma possível limitação para este estudo foi a incapacidade de obter respostas por parte de algumas das escolas selecionadas aleatoriamente, o que levou a uma centralização da amostra em determinadas NUTs III, o que não nos permite fazer uma generalização dos resultados para a população adolescente portuguesa.

Outra limitação do estudo poderá estar relacionada com a situação de não existir um investigador presente no momento da recolha, não podendo assim esclarecer algumas dúvidas que poderiam ter surgido no processo de preenchimento dos questionários.

Adição alimentar é uma área do comportamento alimentar que ainda não está suficientemente estudada pelo que é recomendado a existência de estudos futuros nesta área de forma que se criam recursos para poder existir uma maior prevenção destes hábitos disfuncionais.

Seria interessante estudar com maior profundidade, a possibilidade de existir sobreposição de adições em jovens e quais são os fatores que poderão contribuir para que este fenómeno aconteça. Em relação à dependência alimentar em específico, seria interessante investigar se existe uma relação entre adição alimentar e o controlo de emoções, podendo averiguar se é possível existir uma relação entre a dependência alimentar e emoções positivas e negativas em relação a comida.

Por último, seria interessante perceber qual o papel que os pais desempenham neste comportamento disruptivo alimentar dos jovens, tentando perceber um pouco os hábitos alimentares familiares e perceber também se os próprios pais têm adição alimentar.

É necessário que exista mais investigação sobre adição alimentar para que seja possível criar uma intervenção eficaz que resulte numa criação de novas ferramentas, estratégias e materiais, como por exemplo a avaliação de adição alimentar em jovens que tenham dependência de *smartphone*, mas também. Esta intervenção também poderá vir a estar relacionada com a autorregulação, nomeadamente com o controlo de impulsos.

Referências

- Água, J., Patrão, I., & Leal, I. (2017). SAS-SV: Estudo da validação da escala de dependência do smartphone numa amostra da população portuguesa,. *Atas do II congresso ibérico de psicologia clínica e da saúde*.
- Ahmed, A. Y., Sayed, A. M., Mostafa, K. M., & Abdelaziz, E. A. (2016). Food addiction relations to depression and anxiety in Egyptian adolescents. *Egyptian Pediatric Association Gazette*, *64*(4), 149–153.
<https://doi.org/10.1016/j.epag.2016.09.002>
- Aljomaa, S. S., Mohammad, M. F., Albursan, I. S., Bakhiet, S. F., & Abduljabbar, A. S. (2016). Smartphone addiction among university students in the light of some variables. *Computers in Human Behavior*, *61*, 155–164.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.03.041>
- American Psychiatric Association. (2013). American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. Em *Arlington*.
- Backman, D. R., Haddad, E. H., Lee, J. W., Johnston, P. K., & Hodgkin, G. E. (2002). Psychosocial predictors of healthful dietary behavior in adolescents. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. [https://doi.org/10.1016/S1499-4046\(06\)60092-4](https://doi.org/10.1016/S1499-4046(06)60092-4)
- Bąk-Sosnowska, M. (2017). Differential criteria for binge eating disorder and food addiction in the context of causes and treatment of obesity. *Psychiatria Polska*, *51*(2), 247–259. <https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/62824>
- Borisenkov, M. F., Popov, S. V., Tserne, T. A., Bakutova, L. A., Pecherkina, A. A., Dorogina, O. I., Martinson, E. A., Vetosheva, V. I., Gubin, D. G., Solovieva, S. V., Turovinina, E. F., & Symanyuk, E. E. (2020). Food addiction and symptoms of depression among inhabitants of the European North of Russia: Associations with sleep characteristics and photoperiod. *European Eating Disorders Review*, *28*(3), 332–342. <https://doi.org/10.1002/erv.2728>
- Borisenkov, M. F., Tserne, T. A., & Bakutova, L. A. (2018). Food addiction in Russian adolescents: Associations with age, sex, weight, and depression. *European Eating*

- Disorders Review*, 26(6), 671–676. <https://doi.org/10.1002/erv.2644>
- Castillo, J. a. G. Del, & Dias, P. C. (2009). Auto-regulação, resiliência e consumo de substâncias na adolescência: Contributos da adaptação do questionário reduzido de auto-regulação. *Psicologia, Saude & Doenças*.
- Cha, S. S., & Seo, B. K. (2018). Smartphone use and smartphone addiction in middle school students in Korea: Prevalence, social networking service, and game use. *Health Psychology Open*, 5(1). <https://doi.org/10.1177/2055102918755046>
- Choi, S. W., Kim, D. J., Choi, J. S., Ahn, H., Choi, E. J., Song, W. Y., Kim, S., & Youn, H. (2015). Comparison of risk and protective factors associated with smartphone addiction and Internet addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(4), 308–314. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.043>
- Crews, F., He, J., & Hodge, C. (2007). Adolescent cortical development: A critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 86(2), 189–199. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2006.12.001>
- Davis, C. (2013). Compulsive Overeating as an Addictive Behavior: Overlap Between Food Addiction and Binge Eating Disorder. *Current Obesity Reports*, 2(2), 171–178. <https://doi.org/10.1007/s13679-013-0049-8>
- Davis, R. A. (2001). Cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*. [https://doi.org/10.1016/S0747-5632\(00\)00041-8](https://doi.org/10.1016/S0747-5632(00)00041-8)
- Domoff, S. E., Sutherland, E. Q., Yokum, S., & Gearhardt, A. N. (2020). Adolescents' addictive phone use: Associations with eating behaviors and adiposity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph17082861>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2019). *Base de Dados Portugal Contemporâneo (PORDATA)*. <https://www.pordata.pt/Portugal>
- Gaspar, T., Tomé, G. Q., Simões, C., & de Matos, M. G. (2015). Estratégias de auto-regulação em pré-adolescentes e adolescentes: Versão Portuguesa do TESQ-E. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528402>
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2009). Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. *Appetite*. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.12.003>

- Gearhardt, A. N., Roberto, C. A., Seamans, M. J., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2013). Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale for children. *Eating Behaviors*. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.07.002>
- Gearhardt, A. N., White, M. A., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2013). An examination of food addiction in a racially diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *Comprehensive Psychiatry*, *54*(5), 500–505. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.12.009>
- Gökçearsan, Ş., Mumcu, F. K., Haşlamam, T., & Çevik, Y. D. (2016). Modelling smartphone addiction: The role of smartphone usage, self-regulation, general self-efficacy and cyberloafing in university students. *Computers in Human Behavior*, *63*, 639–649. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.05.091>
- Greenberg, J. L., Lewis, S. E., & Dodd, D. K. (1999). Overlapping addictions and self-esteem among college men and women. *Addictive Behaviors*, *24*(4), 565–571. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00080-X](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00080-X)
- Greer, S. M., Goldstein, A. N., & Walker, M. P. (2013). The impact of sleep deprivation on food desire in the human brain. *Nature Communications*, *4*, 1–7. <https://doi.org/10.1038/ncomms3259>
- Ha, J. H., Chin, B., Park, D. H., Ryu, S. H., & Yu, J. (2008). Characteristics of excessive cellular phone use in Korean adolescents. *Cyberpsychology and Behavior*. <https://doi.org/10.1089/cpb.2008.0096>
- Haug, S., Paz Castro, R., Kwon, M., Filler, A., Kowatsch, T., & Schaub, M. P. (2015). Smartphone use and smartphone addiction among young people in Switzerland. *Journal of Behavioral Addictions*, *4*(4), 299–307. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.037>
- Internet World Stats. (2015). *Internet World Stats*. Internet World Stats.
- Jo, H. sic, Na, E., & Kim, D. J. (2018). The relationship between smartphone addiction predisposition and impulsivity among Korean smartphone users. *Addiction Research and Theory*, *26*(1), 77–84. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1312356>
- João Marôco. (2014). *Análise de Equações Estruturais*
- João Marôco. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*.

- Julião, A. M. D. S., Melo, A. P. P., Leal, F. C. da C., Sousa, M. S. D. de, Sales, M. C. V., & Santos, A. F. L. dos. (2017). O conhecimento e práticas de adolescentes sobre alimentação saudável. *Revista Interdisciplinar*, *10*(1), 28–36.
- Kalavana, T. V., Maes, S., & De Gucht, V. (2010). Interpersonal and self-regulation determinants of healthy and unhealthy eating behavior in adolescents. *Journal of Health Psychology*, *15*(1), 44–52. <https://doi.org/10.1177/1359105309345168>
- Kim, Y., Lee, N., & Lim, Y. (2017). Gender differences in the association of smartphone addiction with food group consumption among Korean adolescents. *Public Health*, *145*, 132–135. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.12.026>
- Kim, Yejin, Jeong, J. E., Cho, H., Jung, D. J., Kwak, M., Rho, M. J., Yu, H., Kim, D. J., & Choi, I. Y. (2016). Personality factors predicting smartphone addiction predisposition: Behavioral Inhibition and Activation Systems, Impulsivity, and Self-Control. *PLoS ONE*, *11*(8), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159788>
- Kumcagiz, H., & Gunduz, Y. (2016). Relationship between Psychological Well-Being and Smartphone Addiction of University Students. *International Journal of Higher Education*, *5*(4), 144–156. <https://doi.org/10.5430/ijhe.v5n4p144>
- Kwon, M., Kim, D. J., Cho, H., & Yang, S. (2013). The smartphone addiction scale: Development and validation of a short version for adolescents. *PLoS ONE*, *8*(12), 1–7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083558>
- Lam, L. T. (2014). Internet gaming addiction, problematic use of the Internet, and sleep problems: A systematic review. *Current Psychiatry Reports*, *16*(4). <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0444-1>
- Li, J. T. E., Pursey, K. M., Duncan, M. J., & Burrows, T. (2018). Addictive eating and its relation to physical activity and sleep behavior. *Nutrients*, *10*(10), 1–14. <https://doi.org/10.3390/nu10101428>
- Liang, J., & Leung, L. (2018). Comparing Smartphone Addiction: The Prevalence, Predictors, and Negative Consequences in Hong Kong and Mainland China. *The Journal of Social Media in Society*, *7*(2), 297–322. <http://thejsms.org/index.php/TSMRI/article/view/431>
- Lin, Y. H., Chang, L. R., Lee, Y. H., Tseng, H. W., Kuo, T. B. J., & Chen, S. H. (2014).

- Development and validation of the Smartphone Addiction Inventory (SPAI). *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098312>
- Lin, Y. H., Lin, Y. C., Lee, Y. H., Lin, P. H., Lin, S. H., Chang, L. R., Tseng, H. W., Yen, L. Y., Yang, C. C. H., & Kuo, T. B. J. (2015). Time distortion associated with smartphone addiction: Identifying smartphone addiction via a mobile application (App). *Journal of Psychiatric Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.04.003>
- Liu, Q. Q., Zhou, Z. K., Yang, X. J., Kong, F. C., Niu, G. F., & Fan, C. Y. (2017). Mobile phone addiction and sleep quality among Chinese adolescents: A moderated mediation model. *Computers in Human Behavior*, *72*, 108–114. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.02.042>
- Luca, A., Luca, M., & Calandra, C. (2015). Eating disorders in late-life. *Em Aging and Disease*. <https://doi.org/10.14336/AD.2014.0124>
- Mahapatra, S. (2019). Smartphone addiction and associated consequences: role of loneliness and self-regulation. *Behaviour and Information Technology*, *38*(8), 833–844. <https://doi.org/10.1080/0144929X.2018.1560499>
- Meule, A. (2012). Food addiction and body-mass-index: A non-linear relationship. *Medical Hypotheses*, *79*(4), 508–511. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2012.07.005>
- Mies, G. W., Treur, J. L., Larsen, J. K., Halberstadt, J., Pasma, J. A., & Vink, J. M. (2017). The prevalence of food addiction in a large sample of adolescents and its association with addictive substances. *Appetite*, *118*, 97–105. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.08.002>
- Murphy, C. M., Stojek, M. K., & MacKillop, J. (2014). Interrelationships among impulsive personality traits, food addiction, and Body Mass Index. *Appetite*, *73*, 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.10.008>
- Naghashpour, M., Rouhandeh, R., Karbalaipour, M., & Miryan, M. (2018). Prevalence of food addiction among Iranian children and adolescents: Associations with sociodemographic and anthropometric indices. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, *32*(1). <https://doi.org/10.14196/mjiri.32.8>
- Najem, J., Saber, M., Aoun, C., El Osta, N., Papazian, T., & Rabbaa Khabbaz, L. (2020). Prevalence of food addiction and association with stress, sleep quality and

- chronotype: A cross-sectional survey among university students. *Clinical Nutrition*, 39(2), 533–539. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.02.038>
- Nu, C. T., MacLeod, P., & Barthelemy, J. (1996). Effects of age and gender on adolescents' food habits and preferences. *Food Quality and Preference*. [https://doi.org/10.1016/S0950-3293\(96\)00023-7](https://doi.org/10.1016/S0950-3293(96)00023-7)
- Pais-Ribeiro, J. L. (2010). Investigação e avaliação em psicologia e saúde. Em *Placebo Editora*.
- Pereira, É. F., Barbosa, D. G., Andrade, R. D., Claumann, G. S., Pelegrini, A., & Louzada, F. M. (2015). Sono e adolescência: Quantas horas os adolescentes precisam dormir? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000055>
- Ponte, C., & Batista, S. (2019). *EU Kids Online Portugal I Resultados di EU Kids Online 2017 Cristina Ponte e Susana Batista*. 1–61. <http://fabricadesites.fcsh.unl.pt/eukidsonline/wp-content/uploads/sites/36/2019/03/RELATÓRIO-FINAL-EU-KIDS-ONLINE.docx.pdf>
- Pontes, H., & Patrão, I. (2014). Estudo Exploratório Sobre as Motivações Percebidas no uso Excessivo da Internet em Adolescentes e Jovens Adultos. *Psychology, Community & Health*.
- Preti, A., Girolamo, G. de, Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R. de, Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Pinto-Meza, A., Haro, J. M., & Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.04.003>
- Pursey, K. M., Stanwell, P., Gearhardt, A. N., Collins, C. E., & Burrows, T. L. (2014). The prevalence of food addiction as assessed by the yale food addiction scale: A systematic review. *Nutrients*, 6(10), 4552–4590. <https://doi.org/10.3390/nu6104552>
- Randler, C., Wolfgang, L., Matt, K., Demirhan, E., Horzum, M. B., & Beşoluk, S. (2016). Smartphone addiction proneness in relation to sleep and morningness-eveningness in German adolescents. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(3), 465–473. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.056>

- Remondi, C., Compare, A., Tasca, G. A., Greco, A., Pievani, L., Poletti, B., & Brugnera, A. (2020). Insecure Attachment and Technology Addiction Among Young Adults: The Mediating Role of Impulsivity, Alexithymia, and General Psychological Distress. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 00(00). <https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0747>
- Rodrigue, C., Gearhardt, A. N., & Bégin, C. (2019). Food Addiction in Adolescents: Exploration of psychological symptoms and executive functioning difficulties in a non-clinical sample. *Appetite*, 141(January), 104303. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.034>
- Rodrigue, C., Ouellette, A. S., Lemieux, S., Tchernof, A., Biertho, L., & Bégin, C. (2018). Executive functioning and psychological symptoms in food addiction: a study among individuals with severe obesity. *Eating and Weight Disorders*, 23(4), 469–478. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0530-1>
- Schulte, E. M., Potenza, M. N., & Gearhardt, A. N. (2017). A commentary on the “eating addiction” versus “food addiction” perspectives on addictive-like food consumption. *Appetite*. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.033>
- Šebeňa, R., Orosová, O., Petkeviciene, J., Salonna, F., Helmer, S., Lukacs, A., & Mikolajczyk, R. (2018). Psychometric evaluation of the short self-regulation questionnaire across three european countries. *Studia Psychologica*, 60(1), 5–15. <https://doi.org/10.21909/sp.2018.01.748>
- Torres, S., Camacho, M., Costa, P., Ribeiro, G., Santos, O., Vieira, F. M., Brandão, I., Sampaio, D., & Oliveira-Maia, A. J. (2017). Psychometric properties of the Portuguese version of the Yale Food Addiction Scale. *Eating and Weight Disorders*, 22(2), 259–267. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0349-6>
- Van Deursen, A. J. A. M., Bolle, C. L., Hegner, S. M., & Kommers, P. A. M. (2015). Modeling habitual and addictive smartphone behavior: The role of smartphone usage types, emotional intelligence, social stress, self-regulation, age, and gender. *Computers in Human Behavior*, 45, 411–420. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.12.039>
- Yildirim, M. S., Sevincer, G. M., Kandeger, A., & Afacan, C. (2018). Investigation of the relationship between risk of internet addiction, food addiction, and self-esteem in high school students. *Dusunen Adam*, 31(2), 187–194.

<https://doi.org/10.5350/DAJPN2018310206>

Zhang, M. W. B., Tran, B. X., Huong, L. T., Hinh, N. D., Nguyen, H. L. T., Tho, T. D., Latkin, C., & Ho, R. C. M. (2017). Internet addiction and sleep quality among Vietnamese youths. *Asian Journal of Psychiatry*, 28, 15–20.

<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.03.025>

Zhao, Z., Ma, Y., Han, Y., Liu, Y., Yang, K., Zhen, S., & Wen, D. (2018). Psychosocial correlates of food addiction and its association with quality of life in a non-clinical adolescent sample. *Nutrients*. <https://doi.org/10.3390/nu10070837>

Anexo A: Protocolo do estudo

DICA

DEPENDÊNCIA DA INTERNET E COMPORTAMENTOS ALIMENTARES

Este questionário destina-se a avaliar a forma como os comportamentos online poderão afetar os comportamentos alimentares dos jovens portugueses. A sua participação é voluntária e muito útil, contudo poderá desistir do preenchimento do questionário a qualquer momento. Não existem respostas certas ou erradas. Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais destinando-se exclusivamente a fins académicos e de investigação.

- Sim, quero participar no estudo.
- Não, quero participar no estudo.

O objetivo deste estudo é compreender alguns aspetos do estilo de vida dos jovens portugueses, sobretudo relacionado com o uso das tecnologias, com a atividade física e comportamento alimentar. A tua participação é voluntária e muito útil. Os dados são anónimos e confidenciais. Caso concordes participar voluntariamente neste estudo, por favor seleciona a opção abaixo:

- Li a informação acima e aceito participar no estudo.
- Li a informação acima e não aceito participar no estudo.

Muito obrigado pela tua disponibilidade e interesse.
É muito importante que preenchas todas as questões do questionário.

DICA

SECÇÃO 1 – DADOS GERAIS

Idade: ____ anos

Sexo:

Rapariga/Mulher

Rapaz/Homem

Ano de escolaridade:

7ºAno

8ºAno

9ºAno

10ºAno

11ºAno

12ºAno

Distrito:

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| Aveiro | <input type="radio"/> |
| Beja | <input type="radio"/> |
| Braga | <input type="radio"/> |
| Bragança | <input type="radio"/> |
| Castelo Branco | <input type="radio"/> |
| Coimbra | <input type="radio"/> |
| Évora | <input type="radio"/> |
| Faro | <input type="radio"/> |
| Guarda | <input type="radio"/> |
| Leiria | <input type="radio"/> |
| Lisboa | <input type="radio"/> |
| Portalegre | <input type="radio"/> |
| Porto | <input type="radio"/> |
| Região Autónoma dos Açores | <input type="radio"/> |
| Região Autónoma da Madeira | <input type="radio"/> |
| Santarém | <input type="radio"/> |
| Setúbal | <input type="radio"/> |
| Viana do Castelo | <input type="radio"/> |
| Vila Real | <input type="radio"/> |
| Viseu | <input type="radio"/> |

Que escola frequentas?

Com quem vives? (marcar o que for aplicável):

- Pai
- Mãe
- Irmão/Irmã
- Avó/Avô
- Tio/Tia
- Outro _____

Quantas horas costumavas normalmente dormir à noite, nos dias de semana?

- 2h a 4h
- 4h a 6h
- 6h a 8h
- 8h a 10h
- Mais do que 10h

Quantas horas costumavas normalmente dormir à noite, aos fins-de-semana?

- 2h a 4h
- 4h a 6h
- 6h a 8h
- 8h a 10h
- Mais do que 10h

Praticas alguma atividade física/desporto (fora do horário escolar)?

- Sim
- Não

[Se sim] com que frequência praticas? (quantas vezes por semana)

- 1 vez
- 2 vezes
- 3 vezes
- 4 vezes
- 5 vezes
- 6 vezes
- 7 vezes

[Se sim] que tipo de atividade física/desporto praticas? _____

Qual o teu peso? _____ kg

Qual a tua altura? _____ m

SECCÃO 2 – ACESSO E USO DA INTERNET

Com que idade começaste a utilizar a internet: _____ anos

De onde costumavas aceder à Internet, na maior parte das vezes?

- Aparelhos fixos (ex., Computador de Secretária, Televisão, PlayStation, X-Box)
- Aparelhos móveis (ex., Telemóvel, Tablet, Computador portátil)

Que ecrãs tens em casa e podes utilizar? (Marcar apenas uma resposta por linha)

	Utilizo, todos os dias (7 dias)	Utilizo, a maior parte dos dias (4 a 6 dias)	Utilizo, alguns dias (2 a 3 dias)	Utilizo, raramente (1 dia ou menos)	Não utilizo
Televisão					
Tablet (por ex., iPad , Galaxy Tab, Kindle Fire ou aparelhos similares)					
Smartphone (por ex., iPhone, Galaxy, Nexus ou outro telemóvel possível de contactar com Internet)					
Consolas de videojogos (por ex.,X-Box, Wii, PlayStation)					
Consolas portáteis de jogo (por ex., Nitendo DS, Game Boy, LeapPad ou outras)					
E-reader – leitor de leitura digital (por ex., Kindle ou Nook)					
Computador de secretária (fixo)					
Computador portátil					
DVR (Digital Video Recorder), por ex., aparelho NOS, MEO ou Vodafone, ou aparelhos que gravem programas de TV para se assistir mais tarde					

Tens Smartphone?

- Sim, tenho Smartphone
- Não, não tenho Smartphone, mas tenho um telemóvel
- Não, não tenho Smartphone, nem tenho telemóvel

Podes usar o Smartphone/telemóvel na escola?

- Sim, posso usar na escola (ex., durante os intervalos), mas não na sala de aula
- Sim, posso usar na escola (ex., durante os intervalos) e não na sala de aula
- Não, não posso usar nem na escola, nem na sala de aula
- Não, não tenho Smartphone, nem tenho telemóvel

Quantas horas por dia (aproximadamente), durante a semana, costumas usar a Internet para *lazer ou passatempo* (conta com todos os momentos em que usas internet, por ex., atividades, refeições, intervalos, enquanto esperas por algo, etc.)?

- Menos de 30 min.
- Entre 30 min e 1H
- Entre 1H e 2H
- Entre 2H e 4H
- Entre 4H e 6H
- Entre 6H e 8H
- Mais do que 8H

Quantas horas por dia (aproximadamente), durante o fim de semana, costumas usar a Internet para *lazer ou passatempo* (conta com todos os momentos em que usas internet, por ex., atividades, refeições, intervalos, enquanto esperas por algo, etc.)?

- Menos de 30 min.
- Entre 30 min e 1H
- Entre 1H e 2H
- Entre 2H e 4H
- Entre 4H e 6H
- Entre 6H e 8H
- Mais do que 8H

Quantas horas por dia (aproximadamente), durante a semana e fim-de-semana, costumas usar a Internet para *estudar*?

- Menos de 30 min.
- Entre 30 min e 1H
- Entre 1H e 2H
- Entre 2H e 4H
- Entre 4H e 6H
- Entre 6H e 8H
- Mais do que 8H

Que atividades costumas utilizar com maior frequência na internet (sem ser para a escola ou TPC)?

	Sim	Não
Redes sociais online (ex., Facebook, Twitter, Pintrest, Google Plus+, Tumblr, Instagram, Flickr, etc.)		
Serviços de comunicação por e- mail e/ou salas de chat, ou outros Messengers (ex., Whatsapp, Messenger, Snapchat, etc.)		
Procura de informação e notícias em geral (ex. sites de jornais generalistas, desportivos, Wikipedia, etc.)		
Jogos online (ex., jogos no computador, consola, telemóvel, Tablet, etc.)		
Apostas através de jogos (ex., apostas em jogos de futebol, poker online)		
Multimédia (ex., Youtube, séries, canais de televisão, vídeos, filmes, músicas, jogos de futebol)		
Conteúdos adultos (ex., sites com conteúdos para maiores 18 anos)		
Procura de novas amizades (incluindo possíveis relacionamentos amorosos)		
Compras (ex., EBay, Amazon, Custo justo, OLX)		
Para leitura (livros eletrónicos, revistas, jornais, artigos na Internet)		
Escrever uma história, artigo, blog ou semelhante		

Caso não tenhas encontrado na pergunta anterior o que costumavas utilizar com maior frequência na internet, sem ser para trabalhos da escola ou TPC, escreve aqui

Costumas jogar jogos online?

Sim

Não

Se sim, quantas horas durante a semana (aproximadamente) durante a semana?

Menos de 30 min.

Entre 30 min e 1H

Entre 1H e 2H

Entre 2H e 4H

Entre 4H e 6H

Entre 6H e 8H

Mais do que 8H

Se sim, quantas horas durante o fim de semana (aproximadamente) durante a semana?

Menos de 30 min.

Entre 30 min e 1H

Entre 1H e 2H

Entre 2H e 4H

Entre 4H e 6H

Entre 6H e 8H

Mais do que 8H

Se respondeste 'SIM' na resposta anterior, que tipo de jogos online costuma jogar?
(Marcar apenas uma resposta por linha)

	Sim	Não
Ação		
Apostas		
Arcada (passar níveis)		
Aventura		
Cartas		
Corrida		
Cruzadinhas		
Desportivos		
Estratégia		
Guerra		

Jogos de palavras		
Multiplayer		
Puzzles		

Com quem costumava jogar? (Marcar apenas uma resposta por linha)

	Sim	Não
Individualmente		
Amigos		
Família		
Jogadores que conheces online		

Costumas fazer as refeições à mesa em família?

Sim

Não

[Se sim], costumava utilizar os aparelhos móveis durante as refeições com a família?

Não, nem eu, nem a minha família utilizamos

Sim, eu utilizo, mas a minha família não utiliza

Sim, eu e a minha família utilizamos

Eu não utilizo, mas outros membros da minha família utilizam

Costumas fazer as refeições ou snacks enquanto estás no computador ou telemóvel?

Sim

Não

[Se sim], o que costumava comer/beber enquanto estás no computador ou telemóvel?
(Marcar apenas uma resposta por linha)

	Sim	Não
Doces (chocolates, bolachas, gomas, etc.)		
Salgados (batatas fritas, nachos, etc.)		
Fruta ou Vegetais		
Refrigerantes (ex., Coca-cola, Sumol)		
Bebidas energéticas (ex., Redbull, Monster Energy, café)		
Laticínios (leite, queijo, iogurte, etc.)		

Refeições completas		
----------------------------	--	--

Caso não tenhas encontrado na pergunta o que costumás comer/beber, enquanto estás no telemóvel/computador, escreve aqui:

Tens acesso durante a noite, no teu quarto, a ecrãs (ex., computador portátil, Smartphone/telemóvel, iPad, consola portátil, televisão)?

Sim

Não

[se sim] com que frequência costumás usar este(s) ecrã(s) antes de dormir?

Nunca

Raramente

Às vezes

Muitas vezes

Todos os dias

Como avalias o teu bem-estar psicológico?

(Mau)

(Excelente)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

IAT

Descreve o modo como as seguintes frases se aplicam ao teu caso:

	Não Aplicável	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Várias Vezes	Sempre
1. Com que frequência ficas online mais tempo do que pretendias?						
2. Com que frequência deixas de fazer as tarefas em casa para poderes ficar mais tempo online?						

3. Com que frequência preferes a excitação da Internet à intimidade com o teu(tua) namorado(a)?						
4. Com que frequência crias novas relações com outros utilizadores online?						
5. Com que frequência é que as outras pessoas queixam-se em relação à quantidade de tempo que passas online?						
6. Com que frequência as tuas notas ou trabalhos escolares são prejudicados devido à quantidade de tempo que passas online?						
7. Com que frequência verificas o teu e-mail (ou sites como o Facebook ou Twitter) antes de fazeres qualquer outra coisa que precisas?						
8. Com que frequência o teu desempenho ou produtividade na escola são prejudicados por causa da Internet?						
9. Com que frequência te tornas defensivo(a) ou guardas segredo quando alguém te pergunta o que estás a fazer online?						
10. Com que frequência bloqueias pensamentos perturbadores sobre a tua vida com pensamentos calmantes da Internet?						
11. Com que frequência dás por ti a pensar sobre quando irás estar online novamente?						
12. Com que frequência receias que a vida sem Internet seria chata, vazia e sem graça?						
13. Com que frequência explodes, gritas ou ficas irritado(a) quando alguém te incomoda quando estás online?						
14. Com que frequência perdes o sono por estares online até tarde, durante a noite?						

15. Com que frequência te sentes preocupado(a) com a Internet quando estás desconectado(a) ou fantasias estar online?						
16. Com que frequência dás por ti a dizer “só mais alguns minutos” quando estás online?						
17. Com que frequência tentas reduzir a quantidade de tempo que passas online e não consegues?						
18. Com que frequência tentas esconder a quantidade de tempo que passaste online?						
19. Com que frequência preferes ficar mais tempo online do que ir sair com outras pessoas?						
20. Com que frequência sentes-te deprimido(a), mal-humorado(a) ou nervoso(a) quando estás desconectado(a) e, deixas de estar assim quando entras online novamente?						

SAS-SV

Nas seguintes afirmações assinala o que mais se adequa a ti:

	Discorda fortemente	Discorda	Discorda em parte	Concorda em parte	Concorda	Concorda fortemente
1. Não acabas trabalhos planeados devido ao uso do smartphone						
2. Tens dificuldade em concentrar-te na aula, durante tarefas, ou durante o horário de trabalho devido ao uso do smartphone						
3. Sentes dor nos pulsos ou na nuca devido ao uso do smartphone						
4. Não és capaz de fazer algo sem o smartphone						

5. Sentes-te impaciente e preocupado(a) quando não tens o teu smartphone.						
6. Tens o smartphone em mente mesmo quando não estás a usá-lo						
7. Nunca vais deixar de usar o teu smartphone mesmo sabendo que a tua vida diária está afetada por isso						
8. Olhas para o smartphone constantemente para ter a certeza que não perdes conversas entre outras pessoas no Twitter, no Facebook, (ou outra rede social).						
9. Usas o teu smartphone durante mais tempo do que planeaste						
10. As pessoas à tua volta dizem-te que usas demasiado o smartphone.						

SSRQ

Como avalias o teu grau de concordância com as seguintes afirmações abaixo:

	Totalmente Discordo	Discordo	discordo nem concordo	Nem concordo	Concordo	Totalmente Concordo
1. Geralmente, avalio os progressos que faço para atingir os meus objetivos						
2. Tenho dificuldade em formar opiniões sobre as coisas						
3. Distraio-me facilmente dos meus planos						
4. Só reparo nos efeitos dos meus comportamentos quando é demasiado tarde						
5. Sou capaz de atingir objetivos que estabeleço para mim próprio						
6. Adio tomar decisões						
7. Para mim, é difícil notar quando é o meu “limite” (álcool, comida, doces)						
8. Se quiser mudar, estou confiante de que o consigo fazer						

9. Quando chega a altura de decidir acerca de uma mudança, sinto-me dominado pelas alternativas					
10. Uma vez tomada uma decisão, eu tenho dificuldade em seguir em frente com coisas					
11. Parece que não aprendo com os erros					
12. Consigo manter um plano que está a correr bem					
13. Geralmente, só preciso de cometer um erro uma vez para aprender					
14. Eu tenho valores pessoais e tento viver de acordo com eles					
15. Assim que vejo um problema ou desafio, começo a procurar possíveis soluções					
16. Tenho dificuldades em estabelecer objetivos para mim mesmo					
17. Tenho muita força de vontade					
18. Quando estou a tentar mudar alguma coisa, presto muita atenção à forma como me estou a sair					
19. Tenho dificuldade em fazer planos que me ajudem a alcançar objetivos					
20. Sou capaz de resistir a tentações					
21. Estabeleço objetivos para mim mesmo e mantenho-me a par dos meus progressos					
22. Na maioria das vezes não presto atenção ao que estou a fazer					
23. Tenho tendência para fazer a mesma coisa mesmo quando ela não funciona					
24. Normalmente, consigo encontrar várias hipóteses diferentes quando quero mudar alguma coisa					
25. Assim que estabeleço um objetivo, consigo frequentemente planear como vou atingi-lo					
26. Se tomo a decisão de mudar alguma coisa, presto muita atenção à forma como me estou a sair					
27. Frequentemente não noto o que estou a fazer até que alguém me chame a atenção para isso					

28. Normalmente penso antes de agir					
29. Eu aprendo com os meus erros					
30. Eu sei o que quero ser					
31. Desisto facilmente					

P-YFAS

Neste questionário vai encontrar perguntas sobre os seus hábitos alimentares nos últimos 12 meses. Por vezes, as pessoas têm dificuldade em controlar o consumo de certos alimentos, como por exemplo:

- Doces, tais como gelados, chocolates, croissants, biscoitos, bolachas, bolos e guloseimas.
- Farináceos, tais como pão, massas e arroz.
- Salgados, tais como batatas fritas de pacote, salgadinhos, e bolachas de água e sal.
- Alimentos gordos, tais como bifes, enchidos, queijos, hambúrgueres, pizzas, e batatas fritas.
- Bebidas açucaradas, tais como refrigerantes.

Quando, neste questionário lhe forem feitas perguntas sobre "*certos alimentos*", por favor considere:

QUALQUER alimento semelhante aos indicados anteriormente, OU QUALQUER OUTRO alimento com o qual tenha tido problemas nos últimos 12 meses.

Nos últimos 12 meses	Nunca	1 vez por mês	2-4 vezes por mês	2-3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana, ou diariamente
1. Noto que quando começo a comer certos alimentos, acabo por comer muito mais do que tinha planeado.					
2. Dou por mim a continuar a comer certos alimentos, mesmo quando já não tenho fome.					
3. Como até ao ponto de me sentir mal-disposto(a).					
4. Não comer certo tipo de alimentos ou reduzir certo tipo de alimentos é algo que me preocupa.					
5. Senti-me mole ou cansado(a) por ter comido demais.					
6. Dou por mim a comer constantemente certos alimentos ao longo do dia.					
7. Noto que quando certos alimentos não estão disponíveis, arranjo maneira de os obter. Por					

exemplo, posso sair de casa para ir comprar certos alimentos, mesmo que tenha outras opções disponíveis em casa.					
8. Houve alturas em que comi certos alimentos tantas vezes (ou em quantidades tão grandes) que acabei por comer em vez de estudar, estar com a minha família ou amigos, ou envolver-me noutras atividades importantes, ou em atividades de diversão de que gosto.					
9. Houve alturas em que comi certos alimentos tantas vezes (ou em quantidades tão grandes) que acabei por passar o tempo a lidar com sentimentos negativos por comer demais em vez de estudar, estar com a minha família ou amigos, ou envolver-me noutras atividades importantes, ou em atividades de diversão de que gosto.					
10. Houve alturas em que evitei situações escolares ou sociais onde havia certos alimentos, porque tinha medo de comer demais.					
11. Houve alturas em que evitei situações escolares ou sociais, por não poder consumir certos alimentos nessas situações.					
12. Tenho sentido agitação, ansiedade, ou mal-estar físico quando reduzo ou paro de comer certos alimentos. (Por favor, NÃO inclua mal-estar causados pela redução do consumo de bebidas com cafeína, tais como refrigerantes, café, chá, bebidas energéticas, etc.)					
13. Tenho consumido certos alimentos para impedir sentimentos de ansiedade, agitação, ou mal-estar físico que se estavam a desenvolver. (Por favor, NÃO inclua o consumo de bebidas com cafeína, tais como refrigerantes, café, chá, bebidas energéticas, etc.)					
14. Percebi que tenho um forte desejo ou ânsia de consumir certos alimentos quando os reduzo ou paro de os comer.					
15. O meu comportamento em relação à comida e à alimentação causa-me bastante sofrimento.					
16. Sinto muita dificuldade em funcionar de forma eficaz (rotinas diárias, escola, atividades sociais, atividades familiares, problemas de saúde) por causa dos meus problemas com a comida e a alimentação.					
17. O meu consumo alimentar tem-me causado sérios problemas psicológicos, tais como					

depressão, ansiedade, repulsa em relação a mim próprio(a), ou culpa.					
18. O meu consumo alimentar tem-me causado sérios problemas físicos ou agravado um problema físico que já tinha.					
19. Continuei a consumir o mesmo tipo de alimentos ou a mesma quantidade de comida mesmo quando estava a ter problemas emocionais e ou físicos.					
20. Com o tempo, percebi que preciso de comer cada vez mais para obter a sensação que quero, como diminuir emoções negativas ou aumentar o prazer.					
21. Percebi que comer a mesma quantidade de comida já não diminui as minhas emoções negativas nem aumenta os sentimentos de prazer, tal como acontecia antes.					
22. Quero reduzir ou parar de comer certo tipo de alimentos.					
23. Tenho tentado reduzir ou parar de comer certo tipo de alimentos.					

Nos últimos 12 meses	1 ou menos vezes	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 ou mais vezes
24. Quantas vezes tentaste reduzir ou parar de comer por completo certos alimentos?					

Obrigada pela tua participação!

Contacto:
dica@ispa.pt

Anexo B: Autorização de Participação da escola



Autorização de participação

Eu, _____ autorizo a participação dos alunos do 7o ao 12o ano da Escola _____, no projeto DICA (Dependência da Internet e Comportamentos Alimentares).

_____, _____ de 20__

(assinatura e carimbo do(a) diretor(a) da escola)

Anexo C: Consentimento informado encarregados de educação



Consentimento Informado

A presente investigação, elaborada na especialidade de Psicologia da Saúde, é da responsabilidade de uma equipa de investigadores do William James Center for Research (ISPA - Instituto Universitário). Esta estuda a relação entre o comportamento na Internet, os comportamentos alimentares e estilos de vida dos jovens portugueses que frequentam do 7o ano ao 12o ano/equivalente. Neste âmbito, convidamos o(a) seu(sua) educando(a) a participar na presente investigação através do preenchimento de um conjunto de questionários, para que possamos conhecer como é que os jovens portugueses usam a internet e o seu comportamento alimentar. Sublinha-se que a participação é voluntária e que todos os dados são totalmente anónimos e confidenciais. Esclarece-se ainda que poderá ter acesso aos resultados da investigação contactando a equipa responsável pelo estudo.

Caso aceite a participação do seu educando, então não necessitará de responder a este email.

Caso não aceite que o seu educando participe, por favor responda a este email comunicando o seu não consentimento.

Muito obrigado pela sua colaboração,

A Equipa responsável,

Prof. Doutora Filipa Pimenta

filipa_pimenta@ispa.pt

Maria Miguel Laranjo

dica@ispa.pt

Professora Doutora Isabel Leal

isabel.leal@ispa.pt

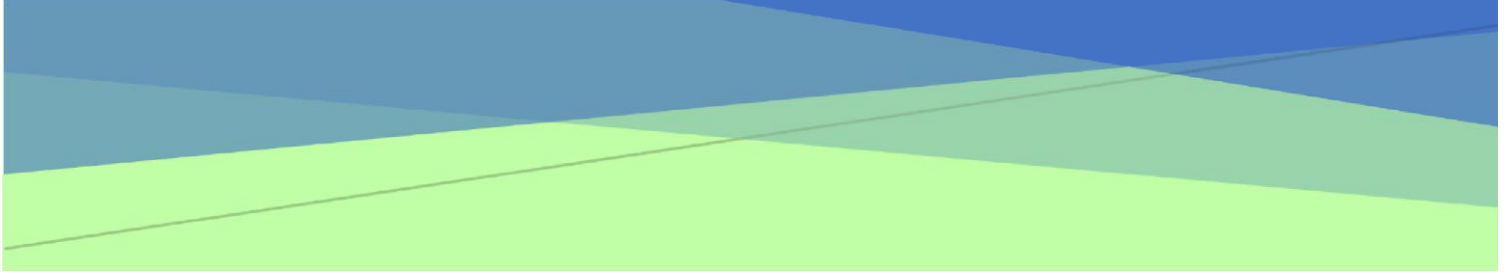
Prof. Doutora Ivone Patrão

ivone_patrao@ispa.pt

Prof. Doutor João Marôco

jpmaroco@ispa.pt

Anexo D: Documento de explicação do projeto



DICA
DEPENDÊNCIA DA INTERNET E COMPORTAMENTOS ALIMENTARES

PROJETO DICA
Projeto de investigação

Nas últimas décadas, a internet difundiu-se muito rapidamente a nível global, sendo que, o seu número de utilizadores, por 100 indivíduos, incrementou 806% de 2000 a 2015 (Patrão & Sampaio, 2016). A internet, um importante meio de obter a informação necessária e também como via auxiliar de comunicação com os outros, tornou-se um elemento cada vez mais fulcral no quotidiano. Embora o seu uso seja facilitador das atividades do dia-a-dia, o mesmo também se pode tornar problemático no caso de o seu uso apresentar um carácter disfuncional (Alpaslan, Kocak, Avci, Tas, & Hanife, 2015). Assim, os adolescentes e os jovens são reportados como sendo aqueles que mais recorrem à utilização deste meio de comunicação, sendo que, a faixa etária entre os 14 e os 24 anos, é aquela que apresenta valores mais elevados (Alpaslan, 2015). A dependência da Internet (DI) existe quando estão presentes alguns componentes-chave:

- Grau de importância (PC, telemóvel, tablet, atividade dominante) – tecnicamente designado por *saliência cognitiva e comportamental*;
- Alterações do humor (que afetarão o evitamento da interação social e desenvolvimento de competências sociais);
- Tolerância (maior nº horas *online*; maior investimento na atividade e no comportamento para se poder atingir os mesmos níveis iniciais de prazer e bem-estar associados; e.g., *gambling*);
- Sintomas de abstinência face ao não uso (e.g., irritabilidade, dores cabeça, agitação e, por vezes, agressividade);
- Conflitos inter e intrapessoais (perda controlo);
- Recaída face às tentativas sucessivas de parar o uso.

As estatísticas indicam que:

- Census 2011, INE - 64% agregados familiares têm acesso a um PC e 58% têm acesso à internet; Crescimento de 11% e 17%, respetivamente;
- EUKids Online 2012 (19.000 crianças/adolescentes (11/16 anos) - Europa) - 29% tem um ou mais dos componentes do uso excessivo da internet;

- Estudos científicos relatam uma prevalência da DI em Adolescentes - 1% a 17% (varia em função da população em estudo e dos métodos científicos utilizados);
- Dados divulgados pela PORDATA (2016) relativamente à utilização de Internet entre os estudantes portugueses do ensino básico, secundário e superior, realçam que o número de alunos que acedem à Internet é maior em função do nível de escolaridade, sendo que, os números têm vindo a aumentar exponencialmente com o decorrer dos anos e aumento da escolaridade;
- Estudos publicados sobre DI em jovens portugueses indicam uma média de 20% da amostra com esta dependência, o que é muito preocupante.

Os resultados que alertam para a elevada prevalência e incidência de casos de jovens em risco de ou com DI, fundamenta a urgência de um aprofundado estudo do fenómeno e de variáveis influenciadoras do mesmo (sendo as principais comportamento alimentar e de exercício físico).

A literatura destaca o comportamento alimentar disfuncional (por ex., ingestão compulsiva ou esquecer-se de fazer refeições) como associado à dependência da internet. Sendo uma área recente de investigação, a exploração e reflexão sobre a informação disponível torna-se necessária para informar estudos futuros. O comportamento alimentar e a nutrição são o terceiro tipo de comportamentos indicados como possíveis fatores de risco para múltiplas doenças (Ribeiro, 2005). Mais recentemente, a preocupação com o excesso de peso, como a obesidade, tem sido indicada como sendo um preditor substancial no uso disfuncional da internet (Rodgers, Melioli, Laconi, Bui, & Chabrol, 2013).

Adicionalmente, Young e Rodgers (2013, cit. por Tao & Liu, 2009), demonstraram que um nível significativo de depressão se encontra interligado à DI e, por outro lado, verificaram que as perturbações alimentares se encontram relacionadas com sintomas depressivos. Marwaha (2015) destaca ainda que a ingestão alimentar compulsiva tem sido intimamente associada à ansiedade e à DI. Também os autores Tao e Liu, nos seus estudos, reportaram exemplos de níveis elevados de perturbação emocional entre os indivíduos com dependência da internet e vários pacientes com DI sofriam igualmente de

ingestão alimentar compulsiva (Rodgers, 2013). O exercício físico também tem sido estudado na sua relação com diversas doenças crónicas (e.g., cardíacas), e surge associado à DI, uma vez que no perfil dos jovens com DI há o registo de abandono de atividades físicas para ficar mais horas online.

Objetivos

A linha de investigação que se encontra a decorrer, já com prévia autorização da DGE, através do MIME para os primeiros estudos nesta área (já publicados e em anexo), aborda o impacto do uso da internet no bem-estar dos jovens portugueses. Neste momento esta linha de investigação tem planeado um alargamento para outras variáveis que se consideram também associadas à DI.

Neste sentido, esta investigação como objetivo principal explorar a associação entre a dependência da internet, as alterações no comportamento alimentar e a atividade física em jovens. São escassos os estudos que tenham relacionado estas 3 variáveis, por isso o objetivo geral deste estudo é compreender alguns aspetos do estilo de vida dos jovens portugueses do 7º ao 12º ano, sobretudo relacionando o uso das tecnologias, com o exercício físico e o comportamento alimentar.

De forma específica os objetivos são:

1. Avaliar o uso e acesso à tecnologia;
2. Avaliar os níveis de dependência da internet;
3. Avaliar o comportamento alimentar e as suas alterações;
4. Caracterizar a atividade física dos jovens;
5. Estudar a correlação entre a dependência da internet e o comportamento alimentar;
6. Estudar a correlação entre a dependência da internet e atividade física dos jovens;

Estes objetivos vão poder dar resposta ao que atualmente é proposto nesta área de investigação, concretamente:

1. Afinar os critérios de avaliação da dependência da internet;

2. Definir quais as situações de risco e comportamentos protetores;
3. Planear intervenções, com base nos resultados, dirigidas a professores, pais e alunos, numa perspetiva de prevenção.

NOTA METODOLÓGICA

Dependência Internet, Atividade física e Comportamento alimentar em jovens

Internet Addiction, Physical Activity & Eating Behavior in Students

Prof^a Dr^a Ivone Patrão (ISPA, Promoting Human Potential Research Group):
ivone_patrao@ispa.pt

Prof^a Dr^a Filipa Pimenta (ISPA, William James
Center for Research): Filipa_pimenta@ispa.pt

Prof^a Dr^a Isabel Leal (ISPA, William James Center for Research):
ileal@ispa.pt

Prof. Dr. João Maroco (ISPA, William James Center for Research):
jpmaroco@ispa.pt

O estudo a realizar tem um carácter Descritivo, Correlacional e Transversal. Será realizado através da aplicação de um inquérito anónimo, confidencial e autoadministrado pelos participantes.

O Consentimento Informado será previamente enviado aos pais, via email, pedindo claramente uma resposta ao mesmo caso não autorizem os educandos a participar. Será apresentado igualmente aos jovens um consentimento informado por escrito, no inquérito, obtido no início do estudo.

Os participantes do estudo serão alunos do 7º ano ao 12º ano.

O inquérito é composto por três partes (em anexo): (i) características socio- demográficas

(por exemplo, idade, género, ano escolaridade); (ii) os comportamentos de uso de internet (por exemplo, horas gastas on-line durante o dia e semana, duração das sessões on-line, tipo de acesso à Internet); (iii) caracterização de estilo de vida (e.g., prática de exercício físico, horas de sono) e (iii) instrumentos psicométricos que examinam os níveis e

gravidade da dependência da internet, do smartphone, da comida e capacidade de autorregulação.

Os questionários que compõem o inquérito são os seguintes:

1. Questionário sociodemográfico e sobre o acesso e uso de internet.
2. IAT - Internet Addiction Test (Pontes, Patrão & Griffiths, 2014) - Avalia a extensão do envolvimento do indivíduo com a internet e classifica o comportamento dependente em suave, moderado e severo. É unidimensional.
3. SAS-SV - (Água, Patrão, & Leal, 2017) – Avalia a dependência do smartphone. Um dos dispositivos mais usados globalmente para aceder à internet é o smartphone, este dá aos jovens uma maior liberdade e privacidade para socializarem e acederem a outro tipo de conteúdo sem vigilância parental. Tendo em conta as características da escala e os resultados alcançados, podemos concluir que a SAS-SV é um bom instrumento de diagnóstico para sujeitos com uma utilização disfuncional do smartphone e para a investigação na área das dependências a nível de comportamentos.
4. Versão Portuguesa da “Yale Food Addiction Scale” (P-YFAS) que avalia comportamentos de dependência da comida. O instrumento apresenta boas propriedades psicométricas em amostras portuguesas.
5. Escala Reduzida de Autocontrolo - (Tangney, Baumeister, & Boone, 2004) – Avalia o autocontrolo. A capacidade humana para exercer autocontrolo é, sem dúvida, uma das ferramentas mais poderosas e benéficas. Daí que, é de extrema relevância medir esta capacidade para averiguar a sua relação com os comportamentos aditivos como, por exemplo, o uso excessivo da internet. Com esta escala, os autores descobriram que as pessoas com maior autocontrolo são aquelas que também registam melhores habilidades interpessoais e uma melhoria nas relações interpessoais.

A Equipa responsável,

Prof. Doutora Filipa Pimenta

filipa_pimenta@ispa.pt

Maria Miguel Laranjo

dica@ispa.pt

Professora Doutora Isabel Leal

isabel.leal@ispa.pt

Prof. Doutora Ivone Patrão

ivone_patrao@ispa.pt

Prof. Doutor João Marôco

jpmaroco@ispa.pt

Anexo E: Tabelas de sensibilidade das escalas SAS-SV, SSRQ e P-YFAS

Tabela 6: Sensibilidade dos itens da escalas SAS-SV: Mediana (Me); Moda (Mo); Assimetria (Sk); Achatamento (Ku).

Itens	Me	Mo	Sk	Ka
SAS_1	2,33	2,00	,954	,290
SAS_2	2,24	2,00	1,089	,572
SAS_3	2,12	2,00	1,193	,695
SAS_4	2,35	2,00	,986	,215
SAS_5	2,86	3,00	,519	-,770
SAS_6	2,48	2,00	,902	-,009
SAS_7	2,89	3,00	,489	-,746
SAS_8	3,05	3,00	,317	-1,112
SAS_9	3,37	3,00	,035	-1,078
SAS_10	3,03	3,00	,398	-1,073

Tabela 7: Sensibilidade dos itens da escalas SSRQ: Mediana (Me); Moda (Mo); Assimetria (Sk); Achatamento (Ku).

Itens	Me	Mo	Sk	Ka
SSRQ_1	3,43	4,00	-,533	-,373
SSRQ_2	3,57	4,00	-,474	-,340
SSRQ_3	3,23	3,00	-,234	-,653
SSRQ_4	3,40	4,00	-,412	-,768
SSRQ_5	3,24	3,00	-,156	-,856
SSRQ_6	3,25	3,00	-,196	-,670
SSRQ_7	3,62	4,00	-,611	-,629
SSRQ_8	3,64	4,00	-,689	-,132
SSRQ_9	2,99	3,00	,179	-,350

SSRQ_10	3,30	3,00	-,150	-,584
SSRQ_11	3,55	4,00	-,510	-,615
SSRQ_12	3,68	4,00	-,765	,392
SSRQ_13	3,16	3,00	-,064	-,803
SSRQ_14	3,74	4,00	,102	,184
SSRQ_15	3,75	4,00	-,767	,295
SSRQ_16	3,39	3,00	-,218	-,658
SSRQ_17	3,50	4,00	-,477	-,447
SSRQ_18	3,62	4,00	-,721	,442
SSRQ_19	3,33	3,00	-,207	-,482
SSRQ_20	3,37	3,00	-,371	-,348
SSRQ_21	3,47	4,00	-,587	,117
SSRQ_22	3,23	3,00	-,203	-,648
SSRQ_23	3,00	3,00	,118	-,570
SSRQ_24	3,46	4,00	-,501	,116
SSRQ_25	3,45	4,00	-,607	,236
SSRQ_26	3,53	4,00	-,580	,324
SSRQ_27	3,24	3,00	-,200	-,380
SSRQ_28	3,53	4,00	-,527	-,090
SSRQ_29	3,76	4,00	-,711	,109
SSRQ_30	3,40	4,00	-,412	-,768
SSRQ_31	3,71	4,00	-,580	-,470

Tabela 8: Sensibilidade dos itens da escalas P_YFAS: Mediana (Me); Moda (Mo); Assimetria (Sk); Achatamento (Ku).

Itens	Me	Mo	Sk	Ka
P_YFAS_1	2,68	3,00	,197	-,981
P_YFAS_2	2,49	2,00	,358	-1,148

P_YFAS_3	1,66	1,00	1,664	1,682
P_YFAS_4	2,28	2,00	,713	-,790
P_YFAS_5	2,02	2,00	,971	-,089
P_YFAS_6	2,56	2,00	,390	-1,140
P_YFAS_7	1,88	1,00	1,181	,253
P_YFAS_8	1,70	1,00	1,519	1,217
P_YFAS_9	1,77	1,00	1,428	,977
P_YFAS_10	1,71	1,00	1,476	1,092
P_YFAS_11	1,68	1,00	1,596	1,389
P_YFAS_12	1,68	1,00	1,587	1,452
P_YFAS_13	1,80	1,00	1,310	,507
P_YFAS_14	1,97	1,00	1,064	,028
P_YFAS_15	1,76	1,00	1,470	1,063
P_YFAS_16	1,68	1,00	1,580	1,536
P_YFAS_17	1,65	1,00	1,676	1,780
P_YFAS_18	1,66	1,00	1,584	1,501
P_YFAS_19	1,81	1,00	1,379	,664
P_YFAS_20	1,73	1,00	1,468	1,052
P_YFAS_21	1,71	1,00	1,605	1,606
P_YFAS_22	2,58	2,00	,434	-1,246
P_YFAS_23	2,58	2,00	,434	-1,219
P_YFAS_24	2,55	2,00	,460	1,362

Anexo F: Tabela de coeficientes relativos ao modelo explicativo dos preditores de Food Addiction

Relações	β	p
P_YFAS ← Sexo	,071	,078
P_YFAS ← Idade	,019	,625
P_YFAS ← Percentil	,008	,836
P_YFAS ← Horas_sono_dias_semana	,069	,078
P_YFAS ← Horas_sono_dias_fdsemana	,080	,043
P_YFAS ← Bem_estar_psicologico	-,009	,824
P_YFAS ← Refeicoes_snacks_pc_telemovei	-,011	,784
P_YFAS ← SAS_SV	,264	***
P_YFAS ← Acesso_noite_ecra	-,055	,161
P_YFAS ← Objetivos	,001	,979
P_YFAS ← Impulso	-,151	***