

**COMPORTAMENTO ALIMENTAR E GESTÃO DO PESO:  
O PAPEL DAS ORIENTAÇÕES PARA O BEM-ESTAR**

**CONSTANÇA FRAZÃO**

Orientador da Dissertação:

**PROFESSORA DOUTORA MARIA JOÃO GOUVEIA**

Professor de Seminário de Dissertação:

**PROFESSORA DOUTORA MARIA JOÃO GOUVEIA**

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

**MESTRE EM PSICOLOGIA**

Especialidade em Psicologia da Saúde

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Maria João Morais Gouveia, apresentada no Ispa – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde.

## Agradecimentos

Em psicologia aprendemos que uma das necessidades psicológicas básicas do ser humano passa pelos relacionamentos positivos que estabelece, e lá humana eu sou. Por isso, e por outras milhares de razões, os cinco anos que terminam com a entrega da minha tese não seriam possíveis sem *eles*. *Eles* a quem devo um grande “Obrigada”.

Obrigada, primeiramente, à minha orientadora, Professora Doutora Maria João Gouveia, que nos faz pensar mais longe e nos apoia num caminho de autonomia, aprendizagem e procura.

Obrigada a vocês que completaram o meu percurso académico e que lhe deram um brilho especial. Bia, pelo teu cor-de-laranja, por seres a combinação boa de bondade e indignação..., Marta, pelo coração que tens e pelas tuas palavras acertadas.

E Inês...por tudo: o Ispa deu-nos a oportunidade de criar esta amizade e sabe que vamos levá-la para além daquele labirinto. Não te posso agradecer o suficiente. Tornaste tudo mais fácil e tudo, sobretudo, melhor. Ter alguém para partilhar este caminho parece-me especial e raro. Obrigada por isso. Seja em Lisboa, Sintra ou além-fronteiras.

Obrigada, mãe, pela mão dada, pelos olhos abertos e atentos ao meu “sentir”. Obrigada, pai, pela voz da razão que me obriga a saltar da cadeira. E Tomás, por bateres à porta, mesmo que poucas vezes.

Obrigada aos amigos que são também, e muito, família. Em percursos completamente diferentes tiveram a destreza de conseguir acompanhar os meus passos e, sobretudo, fazer com que eu aproveite mais a vida. Convosco vivi momentos que nem uma tatuagem consegue explicar ;). Por isso, e por muito mais, *Obrigada*: Kika, Chinhas, Tiago, Gui, Zé, Toni, Lanita, Rocha.

Obrigada, por fim, a ti, Afonso. Por acreditares, em todos os minutos, e por me ensinares a viver com mais serenidade. Acho bonito sermos tão diferentes. Obrigada pela tua humanidade, por me queres fazer rir e sorrir, e por te partilhares um bocadinho comigo. Acredita que muda tudo.

## Resumo

O insucesso na manutenção do peso perdido contribui para as taxas de obesidade e excesso de peso. A capacidade de manutenção tem sido associada à regulação do comportamento alimentar. As Orientações para o Bem-estar – motivos e valores do sujeito – influenciam o comportamento e os seus resultados. Este estudo pretende analisar se existe uma relação entre as Orientações para o Bem-estar e a Manutenção do Peso Perdido, mediada pela Regulação do Comportamento Alimentar. Participaram 143 sujeitos entre os 18 e os 68 anos ( $M= 35.50$ ;  $DP= 15.10$ ), que perderam peso nos últimos 5 anos. As Orientações e a Regulação do Comportamento Alimentar foram avaliadas pela versão portuguesa da *Hedonic, Eudaimonic and Extrinsic Motives for Activities* e da *Regulation of Eating Behavior Scale*, respetivamente. Não foi encontrada qualquer relação entre a Manutenção do Peso Perdido e as Orientações ou a Regulação do Comportamento Alimentar. Contudo, as Orientações associaram-se distintamente aos tipos de Regulação do Comportamento Alimentar: os indivíduos com níveis superiores de Orientação Eudaimónica e Hedónica apresentam uma regulação do comportamento alimentar mais autodeterminada; enquanto níveis superiores de Orientação Extrínseca se associam a uma regulação mais controlada. Níveis mais elevados de Orientação Eudaimónica associam-se também a uma quantidade superior de peso perdido. Além disso, o grupo que cumpriu o objetivo de quilogramas a perder, comparativamente ao que não cumpriu, apresenta níveis superiores de Orientação Eudaimónica e Hedónica e de Motivação Intrínseca, e inferiores de Regulação Introjetada. Limitações e implicações para a regulação do comportamento alimentar e gestão do peso são discutidos.

*Palavras-chave:* Gestão do peso, Comportamento alimentar, Orientação Hedónica, Orientação Eudaimónica, Motivação Extrínseca

## Abstract

Failing to maintain lost weight is one of the main contributors to the rising rates of obesity and overweight. Studies suggest that the ability to maintain weight is linked to the autonomous regulation of eating behaviour. Well-being Orientations – personal motives and values – influence behaviour and its outcomes. The present study aims to analyse the relationship between Well-being Orientations and Weight Maintenance, and whether the Regulation of Eating Behaviour mediates this relationship. 143 subjects aged between 18 and 68 ( $M= 35.50$ ;  $SD= 15.10$ ), who had lost weight within the last five years, participated in this study. The portuguese versions of the Hedonic, Eudaimonic and Extrinsic Motives for Activities and the Regulation of Eating Behaviour Scale were used to assess the Well-being Orientations and the Regulation of Eating Behaviour, respectively. The findings indicate that Weight Maintenance is not related to either the Well-being Orientations or the Regulation of Eating Behaviour. However, the Orientations are distinctly associated with different types of eating behaviour regulation: while Hedonic and Eudaimonic Orientations are positively linked to more self-determined regulation, Extrinsic Orientation is positively linked to more controlled regulation. Higher levels of Eudaimonic Orientation are also associated with greater weight loss. Furthermore, the group that achieved their weight loss goal, compared to those who did not meet their target, showed higher levels of Hedonic and Eudaimonic Orientation and Intrinsic Regulation, and lower levels of Introjected Regulation. Limitations and implications for weight management and regulation of eating behaviour are discussed.

*Keywords:* Weight management, Eating behaviour, Hedonic Orientation, Eudaimonic Orientation, Extrinsic Motivation

## Índice

Introdução.....	10
Enquadramento.....	12
Obesidade e Excesso de Peso: Aspetos chave da Saúde Física.....	12
Manutenção do Peso Perdido: O Desafio .....	12
<i>Determinantes da Manutenção do Peso Perdido</i> .....	13
<i>O papel da Regulação do Comportamento Alimentar</i> .....	15
Modelos explicativos da Regulação do Comportamento (Alimentar) .....	16
<i>Teoria da Autodeterminação: Regulação do Comportamento Alimentar</i> .....	16
<i>Orientações para o Bem-estar: Impacto na regulação do comportamento</i> .....	21
Modelo de Huta e Waterman: O Papel das Orientações para o Bem-estar sobre a Regulação do Comportamento Alimentar e Gestão do Peso.....	23
Objetivos do Estudo.....	26
Método .....	29
Desenho de Investigação .....	29
Participantes.....	29
Instrumentos/Medidas .....	33
<i>Questionário Sociodemográfico</i> .....	33
<i>Questões relativas ao peso</i> .....	33
<i>Orientações ou Motivos para o Bem-estar</i> .....	35
<i>Regulação do Comportamento Alimentar</i> .....	35
Procedimento .....	36
Análise de dados.....	37
Resultados .....	40
Análise da qualidade das escalas .....	40
Análise da Estrutura das Escalas .....	41

<i>Escala de Motivos Hedônicos, Eudaimônicos e Extrínsecos para as Atividades (HEEMA)</i> .....	41
<i>Escala de Regulação do Comportamento Alimentar (REBS)</i> .....	43
Regulação do Comportamento Alimentar como mediador da relação entre as Orientações para o Bem-estar e a Manutenção do Peso Perdido.....	47
<i>Relação entre as Orientações para o Bem-estar (VI) e a Manutenção do Peso Perdido (VD)</i> .....	47
<i>Relação entre a Regulação do Comportamento Alimentar (M) e a Manutenção do Peso Perdido (VD)</i> .....	48
<i>Relação entre as Orientações para o Bem-estar (VI) e a Regulação do Comportamento Alimentar (M)</i> .....	49
Relação da Regulação do Comportamento Alimentar e das Orientações para o Bem-estar com outros indicadores de peso estudados .....	51
<i>Relação das Orientações para o Bem-estar e da Regulação do Comportamento Alimentar com o Índice de Variação do Peso e com o Índice de Sucesso na Perda de Peso</i> .....	51
<i>Relação das Orientações para o Bem-estar e da Regulação do Comportamento Alimentar com o Peso perdido</i> .....	52
<i>Relação das Orientações para o Bem-estar e da Regulação do Comportamento Alimentar com o Cumprimento do Objetivo de Quilogramas a Perder</i> .....	53
Efeito mediador da Motivação Intrínseca na relação entre a Orientação Eudaimônica e o Cumprimento do Objetivo de Quilogramas a Perder .....	56
Efeito mediador da Motivação Intrínseca na relação entre a Orientação Hedônica e o Cumprimento do objetivo de quilogramas a perder .....	58
<b>Discussão</b> .....	<b>60</b>
<b>Referências</b> .....	<b>72</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>81</b>
Anexo A. Termómetros Emocionais .....	81
Anexo B. Hedonic, Eudaimonic, and Extrinsic Motives for Activities scale (HEEMA).....	82

Anexo C. Regulation of Eating Behavior Scale (REBS).....	83
Anexo D. Questionário Qualtrics .....	84
Anexo E. Análise da Normalidade das Escalas – Teste Kolgomorov-Smirnov.....	92
Anexo F. Análise da normalidade - Assimetria e curtose dos itens da HEEMA .....	93
Anexo G. Análise da presença de outliers- Distâncias de Mahalanobis ao quadrado (HEEMA) .....	94
Anexo H. Índices de Modificação (HEEMA) .....	98
Anexo I. Análise da normalidade - Assimetria e curtose dos itens da REBS .....	99
Anexo J. Análise da presença de outliers- Distâncias de Mahalanobis ao quadrado (REBS) .....	100
Anexo K. Índices de Modificação (REBS) .....	104
Anexo L. Exploração do Índice de Intensidade de Atividade Física, Mal-estar Psicológico e Presença de Doenças como potenciais variáveis moderadoras .....	105
Anexo M. Relação das Orientações para o Bem-estar e da Regulação do Comportamento Alimentar com o Índice de Variação do Peso e com Índice de Sucesso na Perda de Peso	108
Anexo N. Efeito indireto da Orientação Eudaimónica (VI) no Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder (VD), explicado pela Motivação Intrínseca (M).....	110
Anexo O. Efeito indireto da Orientação Hedónica (VI) no Índice de Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder (VD), explicado pela Motivação Intrínseca (M).....	111

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - <i>Caracterização Sociodemográfica dos Participantes</i> .....	30
<b>Tabela 2</b> – <i>Caracterização Antropométrica dos Participantes: Medidas de Peso</i> .....	31
<b>Tabela 3</b> – <i>Caracterização dos participantes em relação ao Índice de intensidade de atividade física e ao mal-estar psicológico</i> .....	32
<b>Tabela 4</b> - <i>Análise Descritiva, Sensibilidade e Fiabilidade das Medidas em Estudo</i> .....	40
<b>Tabela 5</b> - <i>Índices de Ajustamento da escala HEEMA</i> .....	41
<b>Tabela 6</b> - <i>Índices de Ajustamento da escala REBS</i> .....	44
<b>Tabela 7</b> – <i>Comparação entre a Manutenção do Peso Perdido e as Orientações para o Bem-estar (Anova One-Way)</i> .....	47
<b>Tabela 8</b> – <i>Comparação entre a Manutenção do Peso Perdido e a Regulação do Comportamento Alimentar (Anova One-Way)</i> .....	49
<b>Tabela 9</b> – <i>Relação entre as Orientações para o Bem-estar e os tipos de Regulação do Comportamento Alimentar (Regressão linear múltipla)</i> .....	50
<b>Tabela 10</b> – <i>Relação entre as Orientações para o Bem-estar e o Peso Perdido; Relação entre os tipos de Regulação do Comportamento Alimentar e o Peso Perdido (Regressão linear múltipla)</i> .....	53
<b>Tabela 11</b> – <i>Comparação entre o Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder e as Orientações para o Bem-estar (Anova One-Way)</i> .....	54
<b>Tabela 12</b> – <i>Comparação entre o Cumprimento do Objetivo de Kgs Pperder e a Regulação do Comportamento Alimentar (Anova One-Way)</i> .....	55
<b>Tabela 13</b> – <i>Relações entre as variáveis do modelo: Orientação Eudaimónica, Motivação Intrínseca e Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder</i> .....	57
<b>Tabela 14</b> – <i>Relações entre as variáveis do modelo: Orientação Hedónica, Motivação Intrínseca e Cumprimento do objetivo de quilogramas a perder</i> .....	59

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b> - <i>Esquema explicativo da organização dos tipos de regulação do comportamento da Teoria da Autodeterminação</i> .....	19
<b>Figura 2</b> – <i>Estrutura fatorial da escala HEEMA - Modelo Reajustado</i> .....	43
<b>Figura 3</b> – <i>Estrutura fatorial da escala REBS - Modelo Reajustado</i> .....	46
<b>Figura 4</b> – <i>Modelo de Mediação da Motivação Intrínseca na relação entre a Orientação Eudaimónica e o Índice de Aquisição do Objetivo de Kgs a Perder</i> .....	57
<b>Figura 5</b> - <i>Modelo de Mediação da Motivação Intrínseca na relação entre a Orientação Hedónica e o Índice de Aquisição do Objetivo de Kgs a Perder</i> .....	58

## Introdução

A crescente prevalência e consequências nefastas que decorrem da obesidade e do excesso de peso sugerem a urgência de uma resposta a estas condições. Em Portugal, tanto a obesidade como o excesso de peso surgem como problemáticas de saúde capitais, afetando mais de metade da população adulta e promovendo comorbilidades como a hipertensão e a diabetes (WHO, 2022) e riscos psicossociais elevados como a depressão e a ansiedade (Chu et al., 2019; Dunn et al., 2018). Face ao carácter epidémico destas condições, a perda de peso tem surgido como uma primeira abordagem para atenuar os impactos da obesidade e excesso de peso. No entanto, esta perda surge associada a uma elevada taxa de reganho de peso perdido (Evans et al., 2019; Paixão et al., 2020).

No seu livro *Sapiens: História Breve da Humanidade*, Yuval Noah Harari diz-nos: “As sociedades prósperas de hoje encontram-se no limiar de uma praga de obesidade que se alastra rapidamente aos países em desenvolvimento.” (Harari, 2020).

Perante a necessidade de combater a tendência de reganho do peso perdido, torna-se crucial compreender os fatores que podem contribuir para a manutenção do peso perdido bem-sucedida (Paixão et al., 2020). Neste âmbito, emergem os fatores ligados à gestão do balanço energético, visto que a obesidade e excesso de peso resultam de um desequilíbrio entre as calorias ingeridas, através dos alimentos, e a quantidade de calorias gastas, por exemplo, com a prática de atividade física (e.g., Varkevisser et al., 2018).

Harari diz-nos ainda: “O facto de nos empanturrarmos com os alimentos mais doces e gordurosos é um enigma até nos debruçarmos sobre os hábitos alimentares dos nossos antepassados recolectores. (...) O instinto de devorar alimentos de elevado teor calórico ficou gravado nos nossos genes” (Harari, 2020). Face a uma sociedade promotora da ingestão de produtos alimentares prejudiciais, a literatura tem destacado a importância da manutenção de estratégias comportamentais de alimentação saudável para o sucesso na manutenção do peso perdido, nomeadamente da regulação do comportamento que está na base da alimentação saudável (e.g., Carraça et al., 2019; Pelletier et al., 2004; Santos et al. 2016; Teixeira et al., 2020).

A questão que surge passa por compreender porque é que alguns indivíduos apresentam um tipo de regulação do comportamento alimentar que permite a gestão bem-sucedida do seu peso corporal e outros não. Quais serão as diferenças psicológicas que levam

a que sujeitos distintos apresentem tipos de regulação do comportamento alimentar diferentes?

Um dos aspetos psicológicos que parece estar na base da regulação do comportamento dos sujeitos remete para as Orientações Motivacionais para o Bem-estar. LeFebvre e Huta (2021) explicam que estas orientações correspondem aos motivos, valores e objetivos que orientam o comportamento do sujeito, justificando-o. Assim, as Orientações para o Bem-estar dão origem a diferentes resultados ao nível do comportamento (e.g., manutenção do peso perdido bem ou malsucedida) e do funcionamento (e.g., autorregulação).

Com efeito, surge o interesse de perceber se as Orientações para o Bem-estar, enquanto motivos, objetivos e valores que guiam o comportamento, estão associadas a tipos de regulação do comportamento alimentar diferentes e, por isso, a resultados de manutenção do peso perdido distintos: “Será que as Orientações Motivacionais para o Bem-Estar estão relacionadas com a Manutenção do Peso Perdido, pelo efeito mediador da Regulação do Comportamento Alimentar?”

Para além da investigação sobre a associação entre a gestão do peso corporal e determinados fatores psicológicos poder informar as intervenções para uma maior eficácia, este estudo pode permitir o aumento da compreensão teórica acerca dos determinantes psicológicos associados ao aumento de peso (Robinson et al., 2020).

## **Enquadramento**

### **Obesidade e Excesso de Peso: Aspetos chave da Saúde Física**

No contexto da saúde pública destaca-se a problemática do excesso de peso, aliando-se às taxas crescentes de obesidade registadas pelo Plano de Ação Alimentar e Nutricional da Europa (WHO, 2015). A obesidade e o excesso de peso, de carácter multifatorial, remetem para uma “acumulação de gordura excessiva ou anormal que pode prejudicar a saúde” (WHO, 2022, p. viii).

De facto, a obesidade possui um papel muito relevante nas sociedades de hoje, sendo considerada em Portugal como uma doença que se associa a escolhas alimentares disfuncionais, com consequências a nível da perda de anos de vida saudável (Gregório et al., 2019). Estas consequências são expressas fisiologicamente pela apneia do sono, doenças cardiovasculares e músculo-esqueléticas, diabetes tipo II, alguns cancros e hipertensão (Bray, 2004; Moreno & Rodrigues, 2018; Sarwer & Polonsky, 2016). Por sua vez, a nível psicossocial potenciam uma baixa qualidade de vida associada a níveis mais elevados de depressão, discriminação social, insatisfação corporal, ansiedade, baixa autoestima, entre outros (Chu et al., 2019; Dunn et al., 2018; Wadden & Sarwer, 2006).

Na Europa, a obesidade e o excesso de peso em adultos remetem atualmente para um problema epidémico, estimando-se a sua prevalência em cerca de 59% desta população (WHO, 2022). Para além disso, verifica-se um aumento acelerado das taxas de obesidade e excesso de peso em adultos ao longo dos anos (WHO, 2022). Este aumento e o seu impacto surgem ainda no contexto mais recente de pandemia (COVID-19), associando-se a consequências mais graves desta doença infecciosa (Hussain et al., 2020).

Em Portugal a *World Health Organization* (WHO, 2022) destacou a obesidade e excesso de peso em 57,5% da população adulta (52% - mulheres; 63,1% - homens), da qual 20,8% remete para casos de obesidade (21,2% das mulheres e 20,3% dos homens).

### **Manutenção do Peso Perdido: O Desafio**

O IMC - Índice de Massa Corporal –, dividindo o peso (em kg) pela altura ao quadrado (em metros), considera enquanto pessoa adulta com obesidade ou excesso de peso aquela que possui um IMC acima dos 30kg/m<sup>2</sup> ou igual/superior a 25kg/m<sup>2</sup>, respetivamente (Safaei et al., 2021). Assim, esta medida contribui para a sinalização de indivíduos com risco de mortalidade e morbidade acrescidos (Safaei et al., 2021).

Face à prevalência destas problemáticas, a perda de peso é referida como uma forma de reduzir o impacto e consequências negativas do excesso de peso e obesidade.

Especificamente, a evidência demonstra que a perda de 5 a 10% do peso corporal permite melhorias de saúde significativas, nomeadamente ao nível do desenvolvimento de diabetes e de doenças cardiovasculares (NHLBI, 1998; Spreckley et al., 2021).

Tendo em conta o intervalo de 5-10% de peso perdido e com base nos dados do Registo Nacional de Controlo do Peso (RNCP), Vieira et al. (2014) consideraram os valores de estatura de referência para mulheres e homens - 1,65 m e 1,75 m, respetivamente - e os valores de corte internacionais para o IMC. Assim, estimaram uma perda de 5kg, localizada no intervalo de 5 a 10% de peso perdido na maioria dos valores de corte do IMC, como referencial para a obtenção de benefícios de saúde (Vieira et al., 2014).

No entanto, a perda de peso associa-se usualmente a estratégias que apenas permitem verificar resultados de sucesso a curto-prazo, espelhando uma taxa de sucesso mínima na manutenção do peso perdido (Nordmo et al., 2019). De facto, o reganho do peso perdido destaca-se enquanto o obstáculo mais preponderante no combate à obesidade (Paixão et al., 2020), estando o seu controlo dependente da manutenção do peso perdido bem-sucedida (Santos et al., 2014). Para esta manutenção ser considerada bem-sucedida, o novo peso corporal deve ser mantido durante pelo menos um ano, com uma variação de peso do sujeito inferior a 3% em relação ao novo peso corporal (Wing & Hill, 2001; Wing & Phelan, 2005).

Wing e Phelan (2005) explicam que, embora o maior sucesso na manutenção do peso perdido esteja associado a um período superior, a compreensão dos fatores que possibilitam essa manutenção durante pelo menos um ano é essencial para ajudar os sujeitos na sua extensão a mais anos. Esta compreensão torna-se igualmente importante para aumentar a eficácia das estratégias utilizadas para a manutenção (Paixão et al., 2020).

Neste sentido, em 2014 era já sublinhada a necessidade de a Psicologia da Saúde intervir sobre esta área, especificamente sobre a manutenção do peso perdido como resultado de um conjunto de comportamentos e traços individuais (Sniehotta et al., 2014). Parece importante compreender quais as diferenças individuais psicológicas que explicam a capacidade de algumas pessoas conseguirem manter o peso perdido e outras não.

### ***Determinantes da Manutenção do Peso Perdido***

Neste âmbito, Varkevisser et al. (2018) realizaram uma revisão sistemática dos determinantes da manutenção do peso perdido. Para isso, analisaram artigos cuja população

de estudo incluísse adultos que antes da fase de manutenção cumprissem os critérios de obesidade ( $IMC \geq 30 \text{kg/m}^2$ ) ou de excesso de peso ( $IMC \geq 25 \text{kg/m}^2$ ) (WHO, 2022). Os determinantes analisados foram divididos em 4 grupos: demográficos (dd); comportamentais (dc); psicológicos/cognitivos (dp); sociais/ambientais (ds) (Varkevisser et al. 2018).

Assim, destacaram como determinantes positivos moderados-a-fortes da manutenção do peso perdido a auto monitorização do peso, da alimentação e do exercício (dp), o aumento do nível de atividade física (dc), os comportamentos alimentares (i.e., redução de consumo energético; aumento do consumo de frutas e vegetais; exclusão de alimentos prejudiciais; menor consumo de gordura e açúcar) (dc) e a autoeficácia para a gestão do peso, exercício e alimentação (dp). Por outro lado, evidenciaram os hábitos alimentares problemáticos (i.e., aumento do consumo energético) (dc) e elevada desinibição interna (dp) como determinantes negativos moderados-a-fortes da manutenção do peso perdido (Varkevisser et al., 2018). Em síntese, os resultados de Varkevisser et al. (2018) vieram sublinhar o impacto dos determinantes associados à regulação do comportamento de atividade física e alimentação.

A atividade física (AF) pode surgir em múltiplos contextos como o educacional, o ocupacional, o profissional e/ou o familiar, podendo ainda observar-se nos tempos-livres e/ou nas deslocações do sujeito (WHO, 2020). Assim, é definida como qualquer movimento do corpo que exija gasto de energia, executado por músculos esqueléticos (WHO, 2020). No entanto, em relação à AF, importa destacar os resultados que evidenciam a ausência do efeito significativo de medidas de referência/base (i.e., métricas ou dados recolhidos no início de um estudo ou antes de ser implementada uma intervenção – e.g., nível de atividade física durante a perda de peso) sobre a Manutenção do Peso Perdido (Varkevisser et al., 2018). Face à inexistência desse efeito, os autores apontam para a necessidade de se avaliarem os fatores que envolve mudanças comportamentais, nomeadamente um aumento no nível de atividade física após a perda de peso, mais do que a atividade física em si (Varkevisser et al. 2018).

Em relação ao comportamento alimentar, a WHO (2015) destacou os resultados do Estudo *Analysis of the Global Burden of Disease Study 2010* que sublinham os determinantes associados ao comportamento alimentar como os fatores com maior potencial para prejudicar o estado de saúde e bem-estar dos indivíduos.

A existência de uma sociedade cada vez mais facilitadora do acesso a alimentos calóricos com sabores “atrativos” e porções de grandes quantidades, leva a uma tendência crescente no consumo destes alimentos, mesmo na ausência de necessidade fisiológica (Feig

et al., 2018). Este consumo, por sua vez, parece associar-se a uma maior probabilidade de ganho e reganho de peso (Feig et al., 2018). Assim, os estudos destacam a necessidade de um controlo alimentar bem-sucedido (e.g., Santos et al., 2016; Varkevisser et al., 2018; Vogels et al., 2005). A importância da regulação adequada do comportamento alimentar é visível desde logo pela sua capacidade de mitigar riscos de saúde que surgem sustentados por hábitos alimentares pobres e uma regulação desadequada desses hábitos (Pelletier et al., 2004).

### ***O papel da Regulação do Comportamento Alimentar***

O impacto da Regulação do Comportamento Alimentar sobre a Manutenção do Peso Perdido tem sido demonstrado em múltiplos estudos (e.g., Evans et al., 2019; Paixão et al., 2020; Phelan et al., 2023; Sainsbury et al., 2018). Por um lado, estes estudos apontam para a associação entre o reganho de peso e a menor capacidade de automonitorização e regulação do comportamento alimentar (Phelan et al., 2023). Por outro, referem a ausência de *binge eating*, a utilização de um número superior de estratégias alimentares (Evans et al., 2019, Sainsbury et al., 2018) e a redução do consumo energético (Paixão et al., 2020), associados à regulação do comportamento alimentar, como determinantes positivos significativos da manutenção do peso perdido.

Especificamente no contexto português, o Registo Nacional de Controlo do Peso (RNCP) permite conhecer os comportamentos e estratégias de sujeitos com sucesso na manutenção do peso perdido a longo prazo, ao dar resposta a duas questões: Existem portugueses bem-sucedidos na manutenção do peso perdido? Que fatores comportamentais e psicológicos permitiram que estas pessoas fossem bem-sucedidas?

Assim, através do RNCP, têm sido recolhidas as características distais dos portugueses bem-sucedidos na manutenção do peso perdido, destacando-se os sujeitos: com uma média de idades de 39 anos; que vivem em união de facto ou que são casados (55%); que trabalham/estão empregados (80%); com nível superior de habilitações literárias (69%) (Santos et al., 2014; Santos et al., 2016). Na análise das estratégias utilizadas por estes sujeitos para a manutenção do peso perdido bem-sucedida a longo prazo destacam-se (Santos et al., 2014; Santos et al., 2016): a ingestão regular de produtos agrícolas e de pequeno-almoço; a adoção de uma alimentação associada à ingestão adequada de calorias para manter o peso corporal estável (i.e., normocalórica); a prática de atividade física regular; a disponibilidade de alimentos salutareos no contexto familiar; a realização de cinco refeições diárias (Santos et al., 2014; Santos et al., 2016).

As estratégias evidenciadas sublinham novamente o efeito da adoção e manutenção do comportamento alimentar saudável sobre a manutenção do peso corporal. No entanto, iniciar e manter os comportamentos necessários para uma dieta alimentar saudável, regulando-os, remete para dificuldades que importa considerar e compreender (Teixeira et al., 2020). A questão que surge passa por perceber o que leva a que algumas pessoas consigam manter hábitos/comportamentos alimentares saudáveis e outras não.

### **Modelos explicativos da Regulação do Comportamento (Alimentar)**

O desafio associado à adoção e manutenção de comportamentos (alimentares) saudáveis tem levado ao desenvolvimento de múltiplos Modelos de Saúde que se focam nos fatores que permitem que o sujeito seja bem-sucedido ao nível da mudança comportamental. Entre estes modelos encontramos a Teoria Sociocognitiva de Bandura, a Teoria da Ação Racional/Planeada de Ajzen e Fishbein, o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento de Prochaska e Di-Clemente, e o Modelo de Crenças de Saúde.

Contudo, segundo Pelletier et al. (2004), a identificação, por estes modelos, de alguns determinantes com peso significativo na adoção de comportamentos alimentares saudáveis (e.g., autoeficácia; risco percebido de doença; benefícios para a saúde), não permite classificá-los como fatores que predizem mudança de forma sustentada. Nesta explicação Pelletier et al. (2004) afirmam que a mudança comportamental estável implica uma autorregulação constante. Esta capacidade de autorregulação, por sua vez, está dependente da perceção da regulação como algo congruente com a identidade do sujeito, o *self*, e ainda da qualidade dos motivos que sustentam essa regulação.

### ***Teoria da Autodeterminação: Regulação do Comportamento Alimentar***

A Teoria da Autodeterminação (TAD) de Ryan e Deci (2022) destaca-se como uma das teorias mais estudadas e fundamentadas para compreender a manutenção bem-sucedida da regulação dos comportamentos alimentares, permitindo associar os diferentes tipos de regulação a diferentes consequências para o sujeito (e.g., Bégin et al., 2018; Guertin et al., 2019; Pelletier et al., 2004; Pelletier et al., 2016; Teixeira et al., 2020). A relevância desta teoria é também sustentada pelo facto de permitir perceber a forma como comportamentos cuja regulação é determinada inicialmente por fatores externos ao sujeito (e.g., pares; pressão social) podem passar a ser regulados de forma autónoma pelo indivíduo tornando-se “parte congruente” do *self* (Pelletier et al., 2004). A este processo a teoria chama de processo de internalização dos comportamentos (Pelletier et al., 2004).

A TAD refere que existem diferentes qualidades de regulação comportamental que caracterizam a regulação do comportamento de um sujeito (Ryan & Deci, 2022). Nesta teoria são então descritos três tipos de motivação de nível superior, que qualificam estas diferentes qualidades de regulação do comportamento: 1) Amotivação; 2) Motivação Extrínseca; 3) Motivação Intrínseca.

A Amotivação remete para a ausência de motivação para a realização do comportamento, ao qual o sujeito não atribui qualquer valor, não percebendo as consequências dos seus comportamentos (Ryan & Deci, 2022). Neste caso, o sujeito não percebe razões para ter um comportamento alimentar saudável.

A Motivação Intrínseca está na base de comportamentos realizados pelo prazer, emoção ou desafio pessoal que trazem. Nesta motivação toda a experiência comportamental tem significado e não é motivada por coações ou recompensas externas (Ryan & Deci, 2022). Assim, a regulação do comportamento alimentar que ocorre com base no prazer que é retirado, por exemplo, da preparação de refeições saudáveis caracteriza indivíduos intrinsecamente motivados.

Por sua vez, na Motivação Extrínseca o comportamento é regulado e realizado de forma a obter determinado resultado – evitar consequências nefastas ou alcançar consequências agradáveis - e não pelo comportamento em si (Ryan & Deci, 2022). O comportamento alimentar saudável pode, por exemplo, ser motivado pela pressão de amigos ou familiares, ou pelo desejo de alcançar determinado peso ou estrutura corporal. No caso da Motivação Extrínseca são propostos diferentes tipos de motivação que se distinguem pela percepção de que o comportamento é regulado por fontes externas/internas que o constroem, ou de que é livremente escolhido pelo indivíduo (Pelletier et al., 2004; Ryan & Deci, 2022).

Nos tipos de Motivação Extrínseca regulados por fontes externas, temos (Ryan & Deci, 2022): a Regulação Externa, em que o comportamento é realizado com base em pressões (sociais) externas, no sentido de evitar uma punição ou obter uma recompensa (e.g., “alimento-me de forma saudável porque o meu companheiro me pressiona, para evitar as suas críticas e julgamento”); e a Regulação Introjetada, em que o comportamento é adotado com base em pressões internas, que advêm de fontes de controlo externo internalizadas, para evitar sentimentos de culpa, vergonha, ansiedade, entre outros (e.g., “alimento-me de forma saudável para não me sentir envergonhado”). Apesar de na Regulação Introjetada já existir

alguma internalização ela é apenas parcial, não existindo uma percepção integrada de escolha sobre o comportamento como residindo no próprio, ou seja, de autodeterminação.

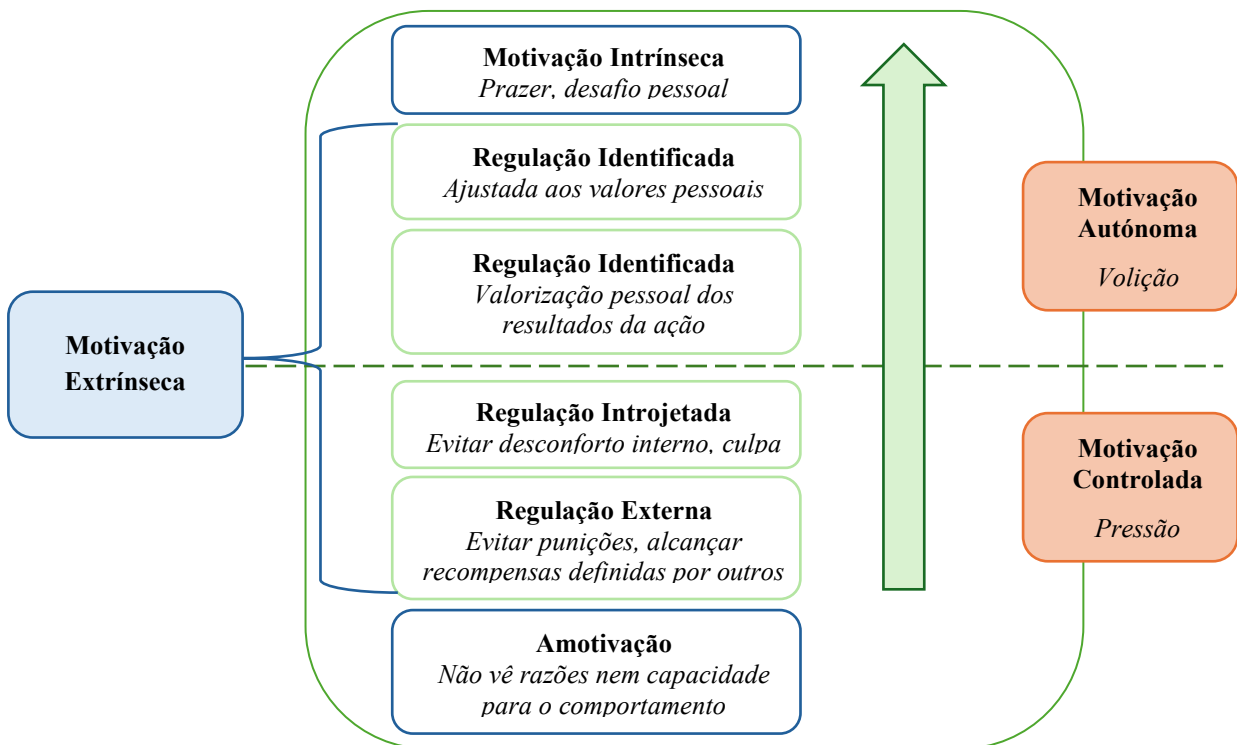
Em relação aos tipos de Motivação Extrínseca em que já se verifica a internalização dos processos regulatórios com a percepção de volição livre e própria, temos (Ryan & Deci, 2022): a Regulação Identificada, em que o comportamento é realizado face à valorização pessoal da ação e dos seus resultados (e.g., “alimento-me de forma saudável porque isso me permite sentir-me melhor comigo mesmo”); e a Regulação Integrada, em que o comportamento é realizado face à sua congruência com o sistema de valores da pessoa (e.g., “alimento-me de forma saudável porque é uma parte fundamental da minha vida”).

Esta teoria refere ainda que os diferentes tipos de motivação descritos se distribuem ao longo de um continuum de autodeterminação (Ryan & Deci, 2017), i.e., variam no nível de internalização da motivação do sujeito para a realização de determinado comportamento, em que este se sente livre na escolha do seu comportamento (Ryan & Deci, 2022). Neste continuum, a regulação do comportamento vai desde um modo não autodeterminado/controlado (Amotivação, Regulação Externa, Regulação Introjetada) a um modo autodeterminado/autónomo (Regulação Identificada, Regulação Integrada, Motivação Intrínseca) (Ryan & Deci, 2022) (ver Figura 1).

A motivação autónoma/autodeterminada, integradora da Regulação Identificada, Regulação Integrada e Motivação Intrínseca, reflete comportamentos que são realizados com base em razões que provêm do indivíduo (Ryan & Deci, 2022). Assim, os comportamentos são percecionados como escolhidos de forma livre e integrados no seu sentido de self (Teixeira et al., 2020). A motivação controlada, integradora da Amotivação, Regulação Externa e Regulação Introjetada, remete para comportamentos realizados com base em pressões externas e internas (Ryan & Deci, 2022). Estas pressões levam o indivíduo a percecionar ausência de controlo e necessidade de realizar um comportamento que não é congruente com o seu sentido de self (Teixeira et al., 2020).

**Figura 1**

*Esquema explicativo da organização dos tipos de regulação do comportamento da Teoria da Autodeterminação*



Neste continuum, exposto na Figura 1, a Amotivação (e.g., “não vejo motivos para me alimentar de forma saudável”) reflete o nível mais baixo de autodeterminação, remetendo para a percepção de falta de controlo e incompetência face à ausência de motivação para a realização do comportamento. Por sua vez, a Motivação Intrínseca (e.g., “alimento-me de forma saudável pelo prazer de preparar as refeições”), com a realização do comportamento pelo prazer que advém desse mesmo comportamento, remete para o nível mais alto de autodeterminação e é caracterizada como a “motivação ideal” (Ryan & Deci, 2022).

No caso da Motivação Extrínseca, os tipos de regulação a si associados encontram-se divididos entre os dois extremos (Ryan & Deci, 2022): não autodeterminado/controlado (Regulação Externa; Regulação Introjetada – e.g., “alimento-me de forma saudável para não me sentir envergonhado”); autodeterminado/autónomo (Regulação Identificada; Regulação Integrada – e.g., “alimento-me de forma saudável porque me permite sentir-me melhor”).

Neste continuum as consequências benéficas estão associadas a níveis superiores de autodeterminação. Assim, a relação entre as consequências para o sujeito e o tipo de regulação comportamental do mesmo vai variar em função do nível de autodeterminação:

deve observar-se uma relação positiva entre as consequências positivas e os tipos de motivação autodeterminados, que deve reduzir progressivamente ao longo do continuum, tornando-se negativa para os tipos de regulação/motivação menos autodeterminados (Pelletier et al., 2004; Ryan & Deci, 2022).

Para além dos benefícios de saúde, o compromisso face a um determinado comportamento e a capacidade de o manter perante um contexto desafiante estão positivamente associados ao nível de autodeterminação de uma pessoa (Ryan & Deci, 2022). Quando a regulação do comportamento é autodeterminada, com a perceção de escolha livre, os indivíduos tendem a assumir maior responsabilidade e a empenhar-se mais na obtenção de resultados positivos, permanecendo envolvidos na tarefa mesmo diante de contratempos ou desafios (Ryan & Deci, 2022). Consequentemente, a motivação autónoma (Motivação Intrínseca, Integrada e Identificada) tem sido associada a melhores indicadores de adoção e manutenção de comportamentos promotores de saúde. Em contraste, a motivação controlada tem revelado um impacto negativo sobre estes comportamentos, a longo prazo (Ryan & Deci, 2022). Um sujeito cuja motivação não seja autodeterminada terá maior tendência para abandonar o comportamento caso a pressão externa para a sua realização deixe de estar presente, ou caso se torne inconveniente (Lavergne & Pelletier, 2015).

Assim, estendendo estas relações para o contexto do comportamento alimentar, a TAD (Ryan & Deci, 2022) refere a motivação autónoma como um construto necessário para a regulação e manutenção dos comportamentos alimentares saudáveis de perda de peso e manutenção do peso perdido (Gauthier et al., 2022).

Nesse mesmo contexto, a *Regulation of Eating Behavior Scale* (REBS - Pelletier et al., 2004) é uma escala que tem sido utilizada para avaliar os modos de regulação comportamental da TAD face ao comportamento alimentar, integrando como dimensões os tipos de regulação sugeridos nesta teoria – Amotivação; Regulação Externa; Regulação Introjetada; Regulação Identificada; Regulação Integrada; Motivação Intrínseca.

Os estudos realizados com esta escala demonstram que quando a regulação do comportamento alimentar é realizada com base na motivação autónoma/autodeterminada (Regulação Identificada; Regulação Integrada; Motivação Intrínseca) – e.g., “regulo o meu comportamento alimentar porque me dá prazer preparar refeições saudáveis” - observa-se um maior interesse na qualidade dos produtos alimentares, um melhor ajustamento psicológico,

melhorias nos indicadores biológicos (e.g., peso) e um maior registo de comportamentos alimentares saudáveis (Carraça et al., 2019; Pelletier et al., 2004).

Por sua vez, a motivação controlada/não autodeterminada (Regulação Externa; Regulação Introjetada; Amotivação) surge associada a um maior interesse na quantidade de produtos ingeridos, a um pior ajustamento psicológico e a um maior registo de comportamentos alimentares prejudiciais (Carraça et al., 2019; Pelletier et al., 2004). Exemplificando, um indivíduo que pretenda integrar um comportamento alimentar mais saudável com o objetivo de melhorar a sua aparência, terá provavelmente uma maior tendência para incorporar estratégias de restrição alimentar extremadas e hábitos alimentares disfuncionais. A adoção dessas estratégias pode, por sua vez, prejudicar o sucesso da gestão do peso (Putterman & Linden, 2004; Teixeira et al., 2020).

Mas o que poderá ajudar a explicar a tendência para alguns indivíduos apresentarem um tipo de regulação do comportamento alimentar mais autónomo, e outros mais controlado? O que determina o tipo de regulação do comportamento alimentar de um sujeito?

### ***Orientações para o Bem-estar: Impacto na regulação do comportamento***

Numa outra abordagem à investigação sobre a regulação comportamental, LeFebvre e Huta (2021) focam-se nas Orientações Motivacionais para o Bem-estar enquanto prioridades, motivos e sistemas de valores que guiam o comportamento, o “porquê” do comportamento. Assim, estas Orientações para o Bem-estar têm um papel fulcral na regulação dos comportamentos e seus resultados (LeFebvre & Huta, 2021), o que nos leva a olhar para a sua possível influência sobre a regulação dos comportamentos alimentares e sobre as consequências que advêm dessa regulação, neste caso a manutenção do peso perdido.

No estudo destas orientações, a Orientação Eudaimónica e a Orientação Hédonica têm sido identificadas como motivações para o bem-estar (LeFebvre & Huta, 2021). Os autores destacam os conceitos de excelência, autenticidade, significado e crescimento como aspetos-chave da Orientação Eudaimónica, focada nas experiências vividas com propósito e no desenvolvimento das competências do indivíduo (Huta, 2015; Huta & Waterman, 2014; LeFebvre & Huta, 2021). Por sua vez, no caso da Orientação Hedónica destacam-se os conceitos de conforto – relaxamento, ausência de sofrimento (Huta & Ryan, 2010) – e de prazer – diversão, prazer (Huta & Ryan, 2010) –, focando-se nas atividades que permitem a obtenção de resultados de bem-estar a curto-prazo/imediatos. Por vezes, estes aspetos (prazer e conforto) são separados em dois fatores distintos (Giuntoli et al., 2020).

Face à importância crescente desta área de investigação sobre a regulação comportamental e os resultados dos comportamentos, nomeadamente ao nível da saúde, Giuntoli et al. (2020) clarificaram algo que já vinha a ser enaltecido na literatura (e.g., Huta & Ryan, 2010): as Orientações para o Bem-estar Hedónica e Eudaimónica, ao se direcionarem a necessidades distintas (e.g., prazer vs. crescimento pessoal), são complementares entre si e devem ser “usadas” de forma equilibrada para que seja possível atingir o maior grau de bem-estar.

Adicionalmente, surge uma terceira categoria de orientação formada pelos motivos extrínsecos (e.g., estatuto social; popularidade; imagem física – “vou alimentar-me bem para ter uma melhor aparência”) identificados na Teoria da Autodeterminação (Ryan & Deci, 2017). Apesar da Orientação Extrínseca se associar negativamente ao bem-estar pessoal (Kasser & Ryan, 2001), o facto de diversas pessoas “seguirem” este tipo de motivações sublinha a preponderância da mesma ser analisada em conjunto com as orientações Hédonica e Eudaimónica (LeFebvre & Huta, 2021).

Com efeito, têm sido identificadas três abordagens motivacionais principais pelas quais as pessoas realizam as suas atividades na procura por bem-estar (Bujacz et al. 2014; Huta & Waterman 2014; LeFebvre & Huta, 2021): Orientação Eudaimónica (procura de crescimento, excelência, significado, autenticidade); Orientação Hédonica, dividida em Orientação de Prazer Hedónico (procura de diversão, prazer) e Orientação de Conforto Hedónico (procura de relaxamento, conforto, ausência de dor); Orientação Extrínseca (imagem, popularidade). A integração das várias Orientações Motivacionais para o Bem-estar permitirá analisar de forma aprofundada as divergências nas formas pelas quais os sujeitos procuram experienciar uma vida boa, que justificam/guiam os comportamentos (alimentares) que adotam (LeFebvre & Huta, 2021).

Neste âmbito, Ryan et al. (2008) partiram da TAD para explicar a proximidade entre a Motivação Intrínseca e a Orientação Motivacional Eudaimónica para o Bem-estar, caracterizando a Eudaimonia como uma maneira de viver que se centra na procura por aquilo que é intrinsecamente valorizado pelos sujeitos (objetivos de primeira ordem). Em contraste, a preocupação com objetivos e valores de segunda ou terceira ordem, desconectados de necessidades intrínsecas por satisfazer, está associada a uma forma de viver “não-eudaimónica” (Ryan et al., 2008). Estes autores explicam que a Orientação Eudaimónica confere um peso superior aos objetivos intrínsecos permitindo, dessa forma, a satisfação das necessidades psicológicas básicas (autonomia, competência, relacionamento) (Ryan et al.,

2008), que tem sido associada à manutenção do comportamento bem-sucedida (Hagger & Procter, 2020). Por sua vez, o estilo de vida hedônico parece enquadrar-se entre a Motivação Intrínseca e Extrínseca, uma vez que, por um lado, os objetivos hedônicos (prazer; conforto) podem ser perseguidos pelo próprio valor (e.g., em termos de prazer) que trazem ou, por outro, para evitar responsabilidades ou ansiedades (Ryan et al., 2008).

Assim, a compreensão da forma como as Orientações para o Bem-estar se alteram e a análise das prioridades e sistemas de valores que delas decorrem é essencial para se poder desenvolver explicações ligadas ao impacto destas orientações sobre a Regulação do Comportamento Alimentar e os seus resultados (e.g., insucesso/sucesso na Manutenção do Peso Perdido). Mas como é que este impacto ocorre? Que fatores é que o sustentam?

### **Modelo de Huta e Waterman: O Papel das Orientações para o Bem-estar sobre a Regulação do Comportamento Alimentar e Gestão do Peso**

O estudo da diferenciação entre Hedonia e Eudaimonia tem ganho popularidade e interesse em psicologia enquanto construtos aliados a aspetos que espelham o que as pessoas consideram como desejável na sua vida e à forma como o alcançam, na área do bem-estar (Huta & Waterman, 2014). Por um lado, na Hedonia há uma perceção da felicidade como a ausência de desconforto e a presença de prazer, enquanto estados afetivos subjetivos. Por outro, na Eudaimonia existe um foco no crescimento pessoal e desenvolvimento pleno das capacidades do indivíduo (Huta & Waterman, 2014).

O Modelo desenvolvido por Huta e Waterman (2014) clarifica que a Hedonia e Eudaimonia têm vindo a ser conceptualizadas e analisadas de quatro formas diferentes. Como Orientações (prioridades, valores, motivos, objetivos - o “porquê” do comportamento, o que o sujeito procura), como Comportamentos (características das tarefas, atividades e comportamento - o “o quê” do comportamento, o que o sujeito faz), como Experiências (sentimentos, emoções, avaliações, afetos – como o sujeito se sente) e como Funcionamento (hábitos saudáveis; competências; realizações - índices de funcionamento psicológico positivo, quão bem o sujeito está e funciona) (Huta & Waterman, 2014).

As duas primeiras categorias (Orientações e Comportamentos) espelham formas de viver e de comportamento, ao passo que as duas últimas (Experiências e Funcionamento) remetem para resultados de bem-estar (Huta & Waterman, 2014). Os resultados de bem-estar (Experiências e Funcionamento) e os próprios comportamentos decorrem das orientações dos

indivíduos enquanto motivos que guiam e direcionam o comportamento (Huta & Waterman, 2014; Huta, 2015).

Percecionando as variáveis em estudo – Manutenção do Peso Perdido, Regulação do Comportamento Alimentar e Orientações para o Bem-estar – podemos enquadrá-las no Modelo de Huta e Waterman (2014).

A Manutenção do Peso Perdido surge desde logo como um resultado da categoria Comportamento. Por sua vez, no presente estudo, podemos olhar para os tipos de Regulação do Comportamento Alimentar como resultados de bem-estar enquadrados na categoria do Funcionamento, enquanto formas de pensamento, funcionamento e comportamento (Huta & Waterman, 2014; Huta, 2015). De facto, a autorregulação é identificada por Huta (2015) como uma forma de funcionamento, integrando a perseverança, autorregulação, autocontrolo, compromisso, planeamento e organização.

As Orientações direcionam os comportamentos do sujeito, afetando os resultados que decorrem desses comportamentos. Assim, são analisadas como preditores do comportamento ou de resultados de múltiplas influências (Huta & Waterman, 2014). Deste modo, neste estudo poderão surgir, por um lado, como preditores da Manutenção do Peso Perdido (Resultado do comportamento) e, por outro, do tipo de Regulação do Comportamento Alimentar (Funcionamento).

Para além disso, neste modelo, apesar de as variáveis de Funcionamento serem percecionadas como resultados, podem também ser categorizadas como preditores (Huta & Waterman, 2014; Huta, 2015). Assim, a Regulação do Comportamento Alimentar pode ser considerada como resultado do acumular de experiências de colocar em prática as nossas orientações, mas também pode surgir como preditor (Huta & Waterman, 2014). Na presente investigação é então analisada como preditor da Manutenção do Peso Perdido, como já tem vindo a ser demonstrado em múltiplos estudos (e.g., Carraça et al., 2019; Teixeira et al., 2020).

Se assim for, a Regulação do Comportamento Alimentar poderá explicar/mediar a relação prevista entre as Orientações para o Bem-estar e a Manutenção do Peso Perdido. Numa outra perspetiva, as Orientações poderão predizer o resultado da influência da Regulação do Comportamento Alimentar sobre a Manutenção do Peso Perdido.

Desta forma, será que as Orientações para o Bem-estar têm um impacto diferencial sobre os tipos de Regulação do Comportamento Alimentar e, conseqüentemente, sobre a Manutenção do Peso Perdido?

Neste âmbito, têm sido desenvolvidos estudos que revelam o consumo indulgente (associado a uma alimentação que proporciona uma sensação de prazer) como dependente da presença e ativação de um objetivo de alimentação hedônico (Salerno et al., 2014; Tice & Bratslavsky, 2000). Este tipo de objetivo promove o consumo indulgente pelo foco em experiências hedônicas, associadas ao prazer a curto-prazo (Tice & Bratslavsky, 2000). Conseqüentemente, afasta-se da preocupação com questões de saúde (e.g., prevenção de doenças, longevidade, manutenção de um peso saudável) podendo levar a efeitos nefastos ligados ao ganho e excesso de peso (Sharpe et al., 2008).

Num outro estudo, Wen e Miao (2022) focaram-se nas variáveis Sentido de Vida, Afeto Positivo e Afeto Negativo. O seu estudo revelou, primeiramente, o Sentido de Vida como um determinante positivo, estatisticamente significativo, da alimentação saudável ( $p < .001$ ), mas não da ingestão emocional ( $p = .08$ ). Os resultados demonstraram ainda o Afeto Positivo como um determinante positivo estatisticamente significativo da alimentação saudável ( $p < .01$ ) e o Afeto Negativo como um determinante positivo da ingestão emocional ( $p < .05$ ).

Adicionalmente, Kato et al. (2022) propuseram-se a investigar a relação entre resultados de bem-estar e a motivação para a regulação do comportamento alimentar. Para isso, os autores basearam-se na TAD, analisando, no contexto japonês, o *IKIGAI well-being* definido como integrador de 3 componentes: Crescimento Pessoal, Reconhecimento do Papel Social e Satisfação com a Vida (Kato et al., 2022). No seu estudo, Kato et al. (2022) revelaram o *IKIGAI well-being* como mediador da relação positiva entre os recursos pessoais (i.e., sentido de coerência e suporte social) e a regulação autónoma do comportamento alimentar. No entanto, não se verificou a existência de uma relação forte entre o *IKIGAI well-being* e a regulação autónoma deste comportamento (Kato et al., 2022).

Apesar dos diversos estudos referidos, estes parecem focar-se em diferentes aspetos do Bem-estar, operacionalizados de formas distintas. No estudo de Wen e Miao (2022) e de Kato et al. (2022) há um foco em variáveis que surgem como resultados de bem-estar no modelo de Huta e Waterman (2014), mais especificamente como Experiências (Afeto positivo, Afeto negativo, Satisfação com a Vida) e Funcionamento (Crescimento Pessoal,

Sentido de Vida, Reconhecimento do papel social). Por sua vez, os estudos que abordam o impacto da presença de um objetivo de alimentação hedónico (Salerno et al., 2014; Tice & Bratslavsky, 2000), parecem focar-se na categoria das Orientações (Huta & Waterman, 2014).

Assim, permanecem dúvidas em relação ao impacto das Orientações para o Bem-estar, enquanto motivações que guiam o comportamento, sobre a Regulação do Comportamento Alimentar e Manutenção do Peso Perdido.

No entanto, à luz do modelo de Huta e Waterman (2014) as variáveis que remetem para resultados de bem-estar nos estudos acima referidos (e.g., Afeto positivo, Afeto Negativo) decorrem destas mesmas Orientações. Face ao carácter preditor das Orientações, o facto de alguns resultados de bem-estar mostrarem ter impacto significativo sobre o comportamento alimentar nestes estudos sublinha a pertinência de perceber de que forma as próprias Orientações para o Bem-estar poderão estar relacionadas com diferentes tipos de Regulação do Comportamento Alimentar. Essa relação poderá ser importante para os resultados de manutenção do peso perdido.

Segundo Huta (2016), possuímos maior controlo sobre o modo como nos "orientamos" na vida do que sobre as nossas experiências (sentimentos; emoções; avaliações; afetos) ou o nosso funcionamento (hábitos saudáveis; competências; realizações). Assim, as Orientações para o Bem-estar surgem como um aspeto mais crucial de investigar do que o próprio comportamento e resultados de bem-estar, uma vez que podem existir razões totalmente distintas para regular um mesmo comportamento (e.g., comportamento: alimentar-se de forma saudável; razão: imagem vs. crescimento pessoal) (Huta, 2016).

## **Objetivos do Estudo**

A revisão de literatura mostra que a perda de peso tem sido desafiada pela dificuldade de manutenção do peso perdido (e.g., Nordmo et al., 2019; Paixão et al., 2020). No estudo dos determinantes da manutenção do peso perdido bem-sucedida a literatura aponta para a importância da regulação comportamental (Varkevisser et al., 2018), nomeadamente da regulação do comportamento alimentar (e.g., Evans et al., 2019; Paixão et al., 2020; Phelan et al., 2023). A TAD explica-nos que o impacto positivo da regulação autónoma do comportamento alimentar sobre a manutenção do peso perdido se deve ao papel da regulação autónoma sobre a perseverança de comportamentos alimentares saudáveis (Carraça et al., 2019; Pelletier et al., 2004; Ryan & Deci, 2022). Mas o que determina o tipo de Regulação do Comportamento Alimentar de um indivíduo?

Como vimos, na investigação sobre a regulação comportamental, LeFebvre e Huta (2021) fazem referência ao Modelo de Huta e Waterman (2014). Segundo este modelo as Orientações para o bem-estar refletem tendências ao nível da personalidade do sujeito, consistindo nas prioridades, objetivos e motivos que orientam os seus comportamentos. Assim, neste modelo, a Manutenção do Peso Perdido, enquanto resultado de um conjunto de comportamentos, é influenciada pelas Orientações do sujeito.

A Regulação do Comportamento Alimentar, por sua vez, corresponde a uma variável de funcionamento (autorregulação), resultando de um conjunto de hábitos que sofrem a influência das orientações do sujeito para o bem-estar (Huta & Waterman, 2014). Por outras palavras, os motivos e prioridades do sujeito na procura por bem-estar impactam o tipo de regulação do seu comportamento (alimentar).

O facto de a regulação do comportamento alimentar ser evidenciada na literatura como um determinante preponderante da manutenção do peso perdido (e.g., Carraça et al., 2019; Pelletier et al., 2004; Teixeira et al., 2020), levou a que se analisasse a Regulação do Comportamento Alimentar como um potencial mediador para explicar a relação entre as Orientações para o Bem-estar e a Manutenção do Peso Perdido. Ou seja, sabendo que a Regulação do Comportamento Alimentar é um determinante da Manutenção do Peso Perdido, esta variável poderá explicar a razão pela qual as Orientações para o Bem-estar permitem prever a capacidade de manter o peso perdido. Aqui olhamos para as Orientações como preditor ou variável independente (VI), para a Regulação do Comportamento Alimentar como variável mediadora (VM/M) e para a Manutenção do Peso Perdido como resultado ou variável dependente (VD).

Com efeito, a principal questão de investigação deste estudo é a seguinte: Será que a Regulação do Comportamento Alimentar explica a relação entre as Orientações para o Bem-estar e a Manutenção do Peso Perdido?

Para analisar esta mediação pretende-se averiguar:

- 1) A existência de uma relação entre Orientações Motivacionais para o Bem-estar (Eudaimónica; Hedónica; Extrínseca) e a Manutenção do Peso Perdido;
- 2) ) A existência de uma relação entre os tipos de Regulação do Comportamento Alimentar (Amotivação; Regulação Externa; Regulação Introjetada; Regulação

Identificada; Regulação Integrada; Motivação Intrínseca) e a Manutenção do Peso Perdido.

- 3) A existência de uma relação entre as Orientações Motivacionais para o Bem-estar (Eudaimónica; Hedónica; Extrínseca) e os tipos de Regulação do Comportamento Alimentar (Amotivação; Regulação Externa; Regulação Introjetada; Regulação Identificada; Regulação Integrada; Motivação Intrínseca)

Níveis mais elevados de regulação autónoma do comportamento alimentar (Regulação Identificada; Regulação Integrada; Motivação Intrínseca) deverão estar positivamente associados à capacidade de manter o peso perdido; níveis mais elevados de regulação controlada do comportamento alimentar (Amotivação; Regulação Externa; Regulação Introjetada) deverão estar negativamente associados à capacidade de manter o peso perdido.

- 4) A existência de um efeito mediador do tipo de Regulação do Comportamento Alimentar na relação entre as Orientações para o Bem-estar e a Manutenção do Peso Perdido.

Tanto para os sujeitos com uma maior Orientação Hédonica como com uma maior Orientação Eudaimónica, níveis mais elevados de regulação autónoma do comportamento alimentar deverão estar associados a uma maior capacidade de manter o peso perdido, explicando por isso uma parte significativa do efeito das orientações nesta capacidade de manter o peso.

## Método

### Desenho de Investigação

Este é um estudo descritivo correlacional, com uma abordagem metodológica quantitativa e um carácter transversal. O tipo de amostragem foi por conveniência, intencional e por propagação geométrica.

### Participantes

Neste estudo foram incluídos sujeitos adultos, a partir dos 18 anos, que perderam, intencionalmente, peso corporal nos últimos 5 anos. A exclusão de crianças e adolescentes teve por base o facto de estes serem considerados como dependentes dos hábitos desenvolvidos no seu contexto familiar (Salvy et al., 2011).

A Tabela 1 qualifica os participantes do estudo em relação às suas características sociodemográficas.

**Tabela 1**

*Caracterização Sociodemográfica dos Participantes*

	<b>Frequências Absolutas</b>	<b>Frequências Relativas (%)</b>
<b>Género</b>		
<i>Feminino</i>	105	73.4
<i>Masculino</i>	37	25.9
<i>Outro</i>	1	.7
<b>Estado Civil</b>		
<i>Solteiro(a)</i>	78	54.5
<i>Casado(a)/União de Facto</i>	48	33.6
<i>Divorciado(a)</i>	15	10.5
<i>Viúvo(a)</i>	2	1.4
<b>Escolaridade</b>		
<i>3º Ciclo (7º-9º)</i>	1	.7
<i>Ensino Secundário (10º-12º)</i>	44	30.8
<i>Ensino Superior</i>	98	68.5
<b>Situação Profissional</b>		
<i>Estudante</i>	33	23.1

<i>Trabalhador-estudante</i>	24	16.8
<i>Trabalhador</i>	76	53.1
<i>Reformado</i>	4	2.8
<i>Desempregado</i>	5	3.5
<i>Outro</i>	1	.7

No total, 143 participantes completaram o questionário, com uma média de idades de 35.50 ( $DP = 15,10$ ), variando entre 18 e 68 anos. A maioria dos participantes pertencia ao sexo feminino (73,4%) e mais de metade relataram estar solteiros (54.5%) e ter completado o ensino superior (68,5%) (ver Tabela 1). Para além disso, quantitativamente destacaram-se os participantes que se caracterizaram como trabalhadores (53.1%), estudantes (23.1%) e trabalhadores-estudantes (16.8%) (ver Tabela 1).

A Tabela 2 caracteriza os participantes em relação às medidas de peso avaliadas, destacando-se alguns valores que espelham a heterogeneidade da amostra.

## **Tabela 2**

### *Caracterização Antropométrica dos Participantes: Medidas de Peso*

	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>M<sub>d</sub></b>	<b>sk</b>	<b>ku</b>	<b>Mín-Máx</b>	<b>Percentil</b>			
	<b>V</b>	<b>O</b>						25	50	75	
Início do Processo											
de Perda de Peso (meses)	143	0	27.98	27.62	24	3.14	14.06	2-192	12	24	36
Objetivo de kgs a perder	109	34	17.19	14.41	10	1.40	1.02	3-60	7	10	22.50
Peso Antes do Processo de PP	143	0	82.56	19.31	78	.93	.66	50-144	68	78	94
Peso (kgs) Perdido	143	0	12.88	12.82	8	1.92	3.38	.00-64	5	8	15
Peso Após o Processo de PP	143	0	69.68	13.65	68	.83	1.11	43-116	60	68	78
Tempo de Manutenção do Peso Perdido	114	29	16.54	21.15	12	4.51	27.20	0-168	6	12	24

Peso Atual	143	0	73.01	15.59	70	1.24	3.04	43-145	62	70	82
Varição do Peso	143	0	4.75	7.39	2.56	2.02	6.74	-11.43- 45.31	.00	2.56	6.67
IMC Antes o Processo de PP	143	0	29.62	6.74	28.04	1.17	1.20	18.59- 53.17	24.61	28.0 4	33.06
IMC Após o Processo de PP	143	0	24.92	4.16	24.01	.97	1.38	16.62- 39.67	22.04	24.0 1	27.38
IMC Atual	143	0	26.11	4.82	25.04	1.29	2.62	18.86- 45.76	22.49	25.0 4	29.30
Índice de Sucesso em processos de perda de peso	78	65	44.65	41.63	33.33	.30	-1.55	.00-100	.000	33.3 3	100

*Nota.* N = Amostra; V= Válido; O = Omisso; M = Média; M<sub>d</sub> = Mediada; DP = Desvio Padrão; ku = Curtose; sk = Assimetria; Min. = Mínimo; Máx.= Máximo; PP = Perda de Peso

Em geral, observa-se uma elevada dispersão dos dados em relação à média na maioria das medidas de peso, através da análise do desvio padrão, da mediana e dos valores mínimos e máximos de cada uma. No caso da variável *Início do Processo de Perda de Peso* observa-se uma amplitude acentuada (Mín. = 2 meses; Máx. = 192 meses), com um desvio padrão que reflete uma elevada dispersão dos dados ( $DP= 27.62$ ). Esta amplitude e dispersão também é visível nas variáveis *Peso Antes do Processo de Perda de Peso* ( $DP=19.31$ ; Min.= 50 kg; Máx. =144 kg) e *Peso (kgs) Perdido* ( $DP=12.82$ ; Min.= 0 kg; Máx. =64 kg). Os valores máximos e mínimos de *IMC* apontam para a presença de participantes com obesidade (IMC Antes: Máx. = 53.2; IMC Atual: Máx. = 45.8), dentro do peso (IMC Antes: Min.= 18.6; IMC Atual: Min.=18.9) e abaixo do peso (IMC Após: Min.=16.6), reforçando a heterogeneidade referida.

Os valores de assimetria e curtose da variável *Início do Processo de Perda de Peso* e *Tempo de Manutenção do Peso Perdido* relevam desvios à normalidade, correspondendo a índices acima de 3, para a assimetria, e de 7, para a curtose (ver Tabela 2).

Relativamente à presença de doenças apenas 51 participantes (35.7%) relataram ter uma doença física ou psicológica. Dos 52 participantes que foram classificados no grupo malsucedido da Manutenção do Peso Perdido, 18 tinham uma doença. Dos 62 sujeitos que integraram o grupo bem-sucedido, 21 tinham uma doença.

Na tabela 3 encontram-se os resultados relativos às médias, desvios padrão, máximos e mínimos, e normalidade das variáveis Índice de Intensidade de Atividade Física e do Mal-estar Psicológico, apresentando também a consistência interna do Mal-estar Psicológico.

**Tabela 3**

*Caracterização dos participantes em relação ao Índice de Intensidade de Atividade Física e ao Mal-estar Psicológico*

	<b>N</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>M<sub>d</sub></b>	<b>Mín.-Máx.</b>	<b>ku</b>	<b>sk</b>	<b><math>\alpha</math></b>
<b>Id. Intensidade de AF (min/semana)</b>	106	254.23	184.42	180	80-840	.82	1.20	
<b>Mal-estar Psicológico</b>	135							.82
Sofrimento Emocional		3.27	2.77	3.00	0-9	-1.06	.39	
Ansiedade		4.13	2.84	4.00	0-10	-1.03	.24	
Depressão		1.93	2.63	1.00	0-10	.50	1.29	
Revolta		2.21	2.76	1.00	0-10	1.06	1.39	

*Nota.* N = Amostra; M = Média; M<sub>d</sub> = Mediada; DP = Desvio Padrão; ku = Curtose; sk = Assimetria; Min. = Mínimo; Máx.= Máximo; Id. Intensidade de AF = Índice de intensidade de atividade física

Nos 106 participantes que aumentaram à prática de atividade física no período de Manutenção do Peso Perdido verificou-se a prática, em média, de 254.23 minutos de AF por semana ( $DP=184.42$ ), o que corresponde a 4.24 horas semanais, com uma grande variação entre o participante que revelou o menor valor de minutos por semana (80 min/semana) e o que revelou o maior valor (840 min/semana).

Em relação ao Mal-estar Psicológico, verificaram-se níveis médios mais elevados de Ansiedade e Sofrimento Emocional e mais reduzidos de Depressão e Revolta, nos 135 participantes que responderam. No entanto, considerando a escala de 0-10 dos termómetros emocionais que avaliam o Mal-estar Psicológico conclui-se que todos os participantes apresentam níveis médios de Mal-estar Psicológico, em todas as dimensões, baixos, encontrando-se abaixo do ponto médio da escala (5).

## **Instrumentos/Medidas**

Neste estudo foi recolhido um conjunto de dados sociodemográficos e dados antropométricos sobre o peso dos participantes. Para além disso, foram aplicadas duas escalas validadas para a população portuguesa de modo a avaliar as Orientações Motivacionais para o Bem-estar e o tipo de Regulação do Comportamento Alimentar de cada participante.

### ***Questionário Sociodemográfico***

No questionário sociodemográfico foram incluídas questões para caracterizar a amostra, nomeadamente sobre o género, a idade, a nacionalidade, o estado civil, a escolaridade e a situação profissional.

### ***Questões relativas ao peso***

Foram elaboradas um conjunto de perguntas relativas ao peso direcionadas a: Participação num processo de perda de peso ao longo dos últimos 5 anos; Início do mais recente processo de perda de peso (em meses); Presença de um objetivo de quilogramas (kgs) a perder nesse processo; Utilização de procedimentos cirúrgicos (e.g., cirurgia bariátrica); Peso inicial (antes do processo de perda de peso); Peso perdido (durante o processo de perda de peso); Tempo de Manutenção do Peso Perdido (em meses); Peso atual; Altura.

Com estas perguntas calcularam-se os seguintes índices:

**Peso após a perda de peso.** Subtraindo ao valor do peso inicial o valor correspondente aos quilogramas perdidos – (Peso Inicial – Kg Perdidos);

**Variação do peso (%).** Dividindo o peso inicial pelo peso atual, menos 1, multiplicado por 100 - (Peso Inicial/Peso Atual (-1)) x 100;

**IMC Antes.** Dividindo o peso inicial pela altura elevada ao quadrado – Peso Inicial/(Altura\*Altura);

**IMC Após.** Dividindo o peso após a perda de peso pela altura elevada ao quadrado – Peso Após/(Altura\*Altura);

**IMC Atual.** Dividindo o peso atual pela altura elevada ao quadrado – Peso Atual/(Altura\*Altura);

**Manutenção do Peso Perdido.** Este índice foi calculado com base no critério de que para a manutenção ser considerada bem-sucedida o sujeito teria de ter mantido o peso perdido durante pelo menos 12 meses. Assim, permitiu a criação de dois grupos: o grupo que manteve

o peso perdido durante pelo menos 1 ano e o grupo que não manteve o peso durante pelo menos 1 ano. Neste cálculo foram excluídos os participantes que afirmaram ter começado o processo de perda de peso há menos de 1 ano;

**Índice de sucesso na perda de peso.** Dividindo o número de tentativas de perda de peso bem-sucedidas pelo número total de tentativas de perda de peso, multiplicado por 100 -  $(N^{\circ} \text{ de tentativas bem-sucedidas} / N^{\circ} \text{ total de tentativas}) \times 100$ ;

**Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder.** Este índice foi calculado com base no critério de que o objetivo de quilogramas a perder definido pelo sujeito deveria corresponder a um valor menor ou igual ao valor de quilogramas efetivamente perdido pelo próprio – (Objetivo de kgs a perder  $\leq$  kgs perdidos). Assim, permitiu a criação de dois grupos: o grupo que cumpriu o objetivo e o grupo que não cumpriu. Na criação deste índice teve-se como critério a importância da definição de um objetivo realista, tendo como referência a perda de 5-10% de peso corporal em 6 meses (NHLBI, 2020). Os participantes que não cumpriam o seu objetivo, mas que não tinham um objetivo realista, foram excluídos deste índice.

Por fim, de modo a controlar algumas variáveis potencialmente moderadoras foi questionado sobre: a prática de atividade física (AF) durante o período de manutenção do peso perdido (tipo de atividade dominante praticada; dias por semana; duração por dia – em minutos); a presença de doenças ou condições de saúde (e.g., diabetes); o mal-estar psicológico (pela severidade de perturbação emocional).

Na avaliação da prática de atividade física foi calculado o **Índice de Intensidade de Atividade Física** (minutos por semana), multiplicando o número de dias de prática de AF por semana pelos minutos de AF realizados por dia.

Para a análise do Mal-estar Psicológico foram utilizados os Termómetros Emocionais, adaptados por Teixeira et al. (2019) (ver Anexo A). Estes termómetros consistem numa escala analógica de *Likert* de 11 pontos (de 0 a 10) que avalia quatro domínios emocionais e um não emocional: Sofrimento Emocional; Depressão; Ansiedade; Revolta; Necessidade de Ajuda (para lidar com as alterações nos outros domínios). Apenas foram utilizados os quatro primeiros domínios, pretendendo-se um foco na perturbação emocional de cada participante. Um nível superior em cada domínio reflete níveis mais elevados de Ansiedade, Depressão, Sofrimento Emocional e Revolta, respetivamente. A versão portuguesa de Teixeira et al. (2019) apresenta uma boa consistência interna, com um alfa de Cronbach de .93.

### ***Orientações ou Motivos para o Bem-estar***

Na avaliação das Orientações para o Bem-estar utilizou-se a Escala de Motivos Hédonicos, Eudaimónicos e Extrínsecos para as Atividades (Hedonica, Eudaimonic and Extrinsic Motives for Activities – HEEMA, LeFebvre & Huta, 2021), adaptada para a população portuguesa por Ramos et al. (2018) (ver Anexo B).

Esta escala é composta por 16 itens, agrupados por 3 subescalas, que avaliam os motivos hedónicos, os motivos eudaimónicos e os motivos extrínsecos para a realização de atividades. Começa-se por pedir ao participante que refira o grau em que cada item corresponde às intenções com que realiza as atividades numa escala de *Likert* de 1 (*de maneira nenhuma*) a 7 (*muito*).

A dimensão da Orientação Hedónica é composta pelos itens 1, 4, 6, 7, 9 e 16, dividindo-se na Orientação de Conforto Hedónico (item 1, 7 e 16 – e.g., “Procurar Relaxar?”) e na Orientação de Prazer Hédonico (item 4, 6 e 9 – e.g., “Procurar obter momentos de prazer?”). A dimensão Orientação Eudaimónica integra os itens 2, 3, 5, 8 e 10 (e.g., “Procurar desenvolver uma competência, aprender a fazer algo, ou compreender algo?”) e a dimensão Orientação Extrínseca é composta pelos itens 11, 12, 13, 14, e 15 (e.g., “Procurar ter muito dinheiro e boas posses/bons bens materiais”). O item 16 só é incluído se se pretender avaliar a dimensão de conforto hedónico separada da de prazer hedónico. A pontuação de cada dimensão é obtida através das médias dos itens por dimensão.

Estudos anteriores revelaram uma boa consistência interna da escala total -  $\alpha=.93$  (Silva, 2020);  $\alpha=.91$  (Herdade, 2021), bem como das várias dimensões: Orientação Hedónica -  $\alpha=.90$  (Silva, 2020);  $\alpha=.89$  (Herdade, 2021) -; Orientação de Conforto Hedónico -  $\alpha=.77$  (Silva, 2020);  $\alpha=.77$  (Herdade, 2021) -; Orientação de Prazer Hédonico -  $\alpha=.88$  (Silva, 2020);  $\alpha=.86$  (Herdade, 2021); Orientação Eudaimónica -  $\alpha=.90$  (Silva, 2020);  $\alpha=.89$  (Herdade, 2021); Orientação Extrínseca -  $\alpha=.89$  (Silva, 2020);  $\alpha=.88$  (Herdade, 2021). Os resultados psicométricos deste estudo são apresentados nos resultados.

### ***Regulação do Comportamento Alimentar***

A Regulação do Comportamento Alimentar foi avaliada através da *Regulation of Eating Behavior Scale* (REBS) (Pelletier et al., 2004), validada para a população portuguesa por Teixeira et al. (2020) (ver Anexo C). A escala é composta por 24 itens agrupados por 6 subescalas que avaliam os tipos de regulação comportamental da TAD (Ryan & Deci, 2022).

Começa-se por pedir ao sujeito que indique o grau em que cada item corresponde às razões pelas quais regula o seu comportamento alimentar, numa escala de Likert de 1 (*não corresponde*) a 7 (*corresponde totalmente*). As 6 subescalas dividem-se em: Amotivação (item 6, 14, 16 e 19 - e.g., “Honestamente, não sei o que ganho com isso.”); Regulação Externa (item 3, 9, 13 e 15 - e.g., “Porque as pessoas que me rodeiam chateiam-me para o fazer”); Regulação Introjetada (item 7, 8, 12 e 18 - e.g., “Porque não quero ter vergonha da minha aparência”); Regulação Identificada (item 5, 10, 22 e 23 - e.g., “Porque é uma forma de obter benefícios duradouros para a saúde”); Regulação Integrada (item 1, 17, 20 e 21 - e.g., “Porque comer de forma saudável é uma parte fundamental da minha vida”); Motivação Intrínseca (item 2, 4, 11 e 24 - e.g., “Porque gosto de encontrar novas formas de criar refeições saudáveis”). Nesta escala é calculada a média para cada dimensão.

A validação de Teixeira et al. (2020) apresenta coeficientes de fiabilidade compósita iguais ou superiores a .88 e de validade convergente iguais ou superiores a .65. Para além disso, também apresenta uma boa consistência interna ao nível das dimensões: Amotivação ( $\alpha=.95$ ); Regulação Externa ( $\alpha=.91$ ); Regulação Introjetada ( $\alpha=.88$ ); Regulação Identificada ( $\alpha=.89$ ); Regulação Integrada ( $\alpha=.92$ ); Motivação Intrínseca ( $\alpha=.90$ ). Os resultados psicométricos deste estudo são apresentados nos resultados.

## **Procedimento**

Os instrumentos selecionados foram transpostos para um questionário na plataforma online *Qualtrics* (ver Anexo D), em conjunto com as medidas sociodemográficas e antropométricas. Posteriormente, para o recrutamento dos participantes, deu-se o contacto com associações de excesso e obesidade (e.g., ADEXO), instituições ligadas a comorbilidades associadas, nutricionistas e *personal trainers*. Também foi realizada a partilha através das redes sociais (Facebook; Instagram; Whatsapp), de contactos conhecidos, e da referência, pelos próprios participantes, a outras pessoas. Após este contacto, foi disponibilizado um *link* com o questionário composto por 5 secções (ver Anexo D). O período temporal da recolha de dados ocorreu entre janeiro e abril de 2024.

Na primeira secção, os participantes acediam ao consentimento informado (âmbito, critérios de inclusão, indicações relativas à duração, participação voluntária, anonimato, confidencialidade e riscos). Ainda nesta secção, era fornecido um contacto (email do projeto) para possíveis dúvidas e questionado se o participante aceitava participar e autorizava a utilização dos seus dados. Na segunda secção eram recolhidos dados sociodemográficos,

dados relativos ao peso, comorbilidades, atividade física e mal-estar psicológico. Na terceira e quarta secções, eram apresentadas, respetivamente, a versão portuguesa da HEEMA, para avaliar as Orientações para o Bem-estar, e a versão portuguesa da REBS, para avaliar a Regulação do Comportamento Alimentar. Por fim, na quinta secção (“Fim do inquérito”) foi fornecido um agradecimento pela participação no estudo, lembrando-se a possibilidade de contactar a equipa de investigação. Em caso de necessidade de apoio psicossocial foi ainda referida a existência de instituições ligadas ao combate ao excesso de peso (e.g., Adexo) e da linha de apoio do SNS 24. Para terminarem a participação, os participantes selecionavam a seta no canto inferior esquerdo.

### **Análise de dados**

Os dados foram exportados para o *IBM SPSS Statistics v.29*. Posteriormente, foi analisada a sensibilidade das escalas (HEEMA; REBS), através do teste *Kolmogorov-Smirnov*, considerando um  $p > .05$  como indicador da existência de normalidade. Analisou-se ainda a sensibilidade dos itens através dos indicadores de assimetria e curtose, considerando como aceitáveis os valores (absolutos) de curtose abaixo de 7 e de assimetria abaixo de 3 (Kline, 2010). De seguida, foi realizada a análise descritiva das variáveis e dos itens, considerando as medidas de tendência central e dispersão mais relevantes: média, desvio padrão, mediana, máx.-min. Para além disso, averiguou-se a consistência interna das escalas e dimensões, considerando um alfa de Cronbach de .7 como valor referência de adequabilidade (Nunnally, 1978, citado por Marôco & Garcia-Marques, 2006).

Perante a existência de informação prévia sobre a estrutura fatorial das escalas em estudo, foi efetuada a análise fatorial confirmatória da estrutura tri-fatorial da HEEMA e da estrutura hexa-fatorial da REBS com o software *AMOS 29* (SPSS). Para avaliar a qualidade do ajustamento global do modelo consideram-se valores indicativos de bom ajustamento CFI, GFI e TLI iguais ou superiores a .9 (Kline, 2011; Marôco, 2014). Considerou-se ainda que  $\chi^2/\text{gl}$  entre 1 e 2, e RMSEA superior ou igual a .05, com uma probabilidade  $P[\text{rmsea} \leq 0.05]$  não significativa, indicam um bom ajustamento do modelo (Kline, 2011; Marôco, 2014). O refinamento do modelo foi efetuado a partir dos valores dos índices de modificação pelos multiplicadores de Lagrange (LM), considerando-se que trajetórias e/ou correlações com  $\text{LM} > 11$  ( $p < .001$ ) eram indicadores de variação significativa da qualidade do modelo. A normalidade dos itens e a inexistência de *outliers* foram avaliados pelos coeficientes de forma (Sk e Ku) e pela distância de Mahalanobis quadrada, respetivamente. A validade de construto das escalas foi analisada através da presença de: Validade Fatorial – pesos fatoriais

estandardizados dos itens em cada dimensão iguais ou superiores a .5; Validade Convergente –valores da VEM (Variância Extraída Média) iguais ou superiores a .5; Validade Discriminante –valores da VEM iguais ou superiores ao quadrado da correlação entre fatores ( $R^2$ ). Analisou-se a fiabilidade compósita ( $\Omega$ ) das dimensões das escalas, com um valor de .7 como indicador de fiabilidade adequada (Hair et al., 1998, cit. por Marôco, 2014).

Para averiguar a existência de relações univariadas entre as variáveis potencialmente moderadoras a controlar – Prática de AF; Presença de Doenças; Mal-estar Psicológico – e a Manutenção do Peso Perdido efetuaram-se correlações. Na análise da relação do Índice de Intensidade de Atividade Física e do Mal-estar Psicológico com a Manutenção do Peso Perdido foram realizadas correlações de ponto-bisserial, uma vez que se trata de uma variável intervalar (Índice de AF; Mal-estar Psicológico) e de uma variável nominal dicotómica (Manutenção do Peso Perdido). No SPSS, a correlação de ponto bisseral é dada pelo  $r$  de Pearson e o  $p$ -value deve ser significativo ( $\leq .05$ ). Por sua vez, na análise da relação entre a Presença de Doenças e Manutenção do Peso Perdido foi utilizado o teste Qui-quadrado, por se tratar de duas variáveis nominais dicotómicas. Através de correlações de Pearson foram também testadas a relação do Índice de AF com as Orientações para o Bem-estar e com a Regulação do Comportamento Alimentar, e do Mal-estar Psicológico com as Orientações.

Para poder testar se a Regulação do Comportamento Alimentar tem um papel mediador entre as Orientações para o Bem-estar e a Manutenção do Peso Perdido, todas as variáveis devem estar relacionadas entre si. Quando estas relações são confirmadas e a variável mediadora é adicionada à equação, a associação entre a VI e a VD deve tornar-se significativamente mais fraca (mediação parcial) ou não significativa (mediação total). Assim, foram testadas as relações entre as variáveis em estudo: Orientações para o Bem-estar (VI); Regulação do Comportamento Alimentar (M); Manutenção do Peso Perdido (VD).

Para testar estas relações através da análise de regressão as variáveis devem ser intervalares, com a exceção de quando existem variáveis independentes dicotómicas, que se podem transformar em variáveis *dummy* (Marôco, 2007). Neste estudo as Orientações para o Bem-estar e a Regulação do Comportamento Alimentar são variáveis intervalares, no entanto, a VD Manutenção do Peso Perdido é dicotómica, tendo sido transformada numa variável *dummy* - 1 – malsucedida; 2 – bem-sucedida). A regressão linear simples/múltipla não é possível na presença de uma VD dicotómica (Marôco, 2007).

Assim, na análise da relação entre a Manutenção do Peso Perdido (VD) e as variáveis Orientações para o Bem-estar (VI) e Regulação do Comportamento Alimentar (M), realizaram-se análises discriminantes. A análise discriminante com o método do  $\lambda$  de Wilks permite identificar se as variáveis Orientações para o Bem-estar e Regulação do Comportamento Alimentar discriminam significativamente os dois grupos de Manutenção do Peso Perdido (1 – Malsucedida; 2 – Bem Sucedida). Para que isso se verifique é necessário um valor de  $p \leq .05$ . Os pressupostos de normalidade e de homogeneidade de variância-covariância de cada grupo foram testados, respetivamente, com o teste Kolgomorov-Smirnov e o teste M de Box em que o *p-value* não deve ser significativo (Marôco, 2007).

Para analisar a relação entre as Orientações para o Bem-estar (VI) e o tipo de Regulação do Comportamento Alimentar (M) realizaram-se regressões lineares múltiplas correlacionando as três orientações com cada um dos tipos de regulação do comportamento alimentar. Neste teste a existência de relação depende da estatística de teste da ANOVA (Z) significativa ( $p \leq .05$ ), e de um valor de beta ( $\beta$ ) significativo ( $p \leq .05$ ) (Marôco, 2007).

Na presença de relações significativas entre as variáveis em estudo, para testar a existência de mediação utilizou-se o software *macro PROCESS* de Hayes para o SPSS. Neste teste, deve verificar-se um modelo final significativo ( $p \leq .05$ ), com relações significativas entre todas as variáveis ( $p \leq .05$ ). O efeito direto da VD na VI deve ser significativo ( $p \leq .05$ ) bem como o efeito indireto da VD na VI explicado pela variável mediadora, que pode ser verificado através da análise de *bootstrap*, pela ausência de 0 no intervalo de confiança.

Procedeu-se de seguida à análise da relação das Orientações para o Bem-estar (VI) e dos tipos de Regulação do Comportamento Alimentar (M) com os outros indicadores de peso: Índice de Variação do Peso, Índice de Sucesso na Perda de Peso, Peso Perdido e Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder. As relações foram testadas através da análise de regressão, com exceção da variável dependente dicotómica Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder, transformada numa variável *dummy* (1- cumpriu o objetivo; 2 – não cumpriu o objetivo), em que se realizaram análises discriminantes. Na presença de relações significativas entre as variáveis em estudo, para poder testar a existência de mediação utilizou-se novamente o software *macro PROCESS* de Hayes para o SPSS.

## Resultados

### Análise da qualidade das escalas

Na tabela 4 apresentam-se os resultados relativos às médias, desvios padrão, máximos e mínimos, normalidade e consistência interna das variáveis intervalares em estudo (Orientações para o Bem-estar; Regulação do Comportamento Alimentar).

**Tabela 4**

*Análise Descritiva, Sensibilidade e Fiabilidade das Medidas em Estudo*

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M<sub>d</sub></i>	<i>Mín.-Máx.</i>	<i>ku</i>	<i>sk</i>	<i>α</i>
<b>Orientações para o Bem-estar</b>							.80
Orientação Eudaimónica	5.19	1.12	5.20	2-7	-.29	-.38	.75
Orientação Hedónica	4.99	.96	5.00	2.33-7	-.31	-.12	.72
Orientação Extrínseca	3.11	1.35	2.80	1-7	-.64	.38	.85
<b>R. do Comportamento Alimentar</b>							.80
Amotivação	1.74	1.00	1.25	1-6	3.77	1.85	.73
Regulação Externa	2.42	1.25	2.00	1-6.5	.64	1.11	.80
Regulação Introjetada	3.18	1.38	3.00	1-7	-.13	.45	.75
Regulação Identificada	5.81	1.01	6.00	2.5-7	.36	-.83	.82
Regulação Integrada	4.94	1.39	5.00	1.5-7	-.49	-.47	.87
Motivação Intrínseca	4.58	1.43	4.75	1-7	-.62	-.29	.88

*Nota.* R. do Comportamento Alimentar = Regulação do Comportamento Alimentar; M = Média; DP = Desvio Padrão; M<sub>d</sub> = Mediada; Min. = Mínimo; Máx. = Máximo; ku = Curtose; sk = Assimetria; α = Alfa de Cronbach

Na análise da normalidade das escalas apenas as dimensões Orientação Eudaimónica e Hédonica da escala HEEMA apresentaram distribuição normal segundo o teste *Kolmogorov-Smirnov* ( $p \geq .05$ ) (ver Anexo E). No entanto, as dimensões de ambas as escalas apresentam valores absolutos de curtose abaixo de 7 e de assimetria abaixo de 3, que revelam a inexistência de um desvio sério à normalidade (Kline, 2010) (ver Tabela 4).

Em relação à HEEMA os participantes apresentaram valores médios mais elevados na subescala Orientação Eudaimónica (5.19;  $DP = 1.12$ ) e mais baixos na subescala Orientação Extrínseca (3.11;  $DP = 1.35$ ) (ver Tabela 4). Todas as dimensões revelaram uma consistência interna boa, apresentando um alfa de Cronbach igual ou superior a .70, com

valores compreendidos entre .72 (dimensão Orientação Hédonica) e .85 (Dimensão Orientação Extrínseca) para as dimensões, e de .80 para a Escala Total (ver Tabela 4).

No caso da REBS, verificaram-se valores médios mais elevados ao nível dos itens associados à regulação autónoma (entre 4.58 e 5.81) e mais baixos ao nível dos itens relacionados com a regulação controlada (entre 1.74 e 3.18). A escala total apresentou um alfa de Cronbach de .80 e as subescalas valores entre .73 (dimensão Amotivação) e .88, (dimensão Motivação Intrínseca), remetendo para níveis adequados de fiabilidade (ver Tabela 4).

## **Análise da Estrutura das Escalas**

### ***Escala de Motivos Hedónicos, Eudaimónicos e Extrínsecos para as Atividades (HEEMA)***

Na análise da estrutura da HEEMA verificaram-se valores de assimetria e curtose que não se desviam significativamente da normalidade, para todos os itens (Anexo F). As distâncias de Mahalanobis ao quadrado indicam a ausência de *outliers* (Anexo G). A Tabela 5 apresenta os indicadores de ajustamento da AFC da HEEMA

**Tabela 5**

#### *Índices de Ajustamento da escala HEEMA*

	$\chi^2/df$	CFI	GFI	TLI	RMSEA	P[rmsea≤0.05]
HEEMAorig	2.33	.82	.82	.79	.10	<.001
HEEMAajust	2.08	.86	.85	.83	.09	<.001

*Nota.* HEEMAorig = indicadores de ajustamento do modelo original; HEMMAajust = indicadores de ajustamento do modelo ajustado com as correlações entre os resíduos do item 14 e 15; CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness Of Fit; TLI = Tucker-Lewis Index; RMSEA = Root Mean Square Error Of Approximation

A análise fatorial confirmatória da estrutura tri-factorial da HEEMA indicou que o modelo original proposto por LeFebvre e Huta (2021) apresenta um ajustamento sofrível ( $\chi^2/df= 2.33$ ; CFI=.82; GFI=.82; RMSEA=.10; P[rmsea≤0.05]  $p<.001$ ) a mau (TLI=.79) (Kline, 2011; Marôco, 2014) na amostra sob estudo.

De acordo com os Índices de Modificação (Anexo H), o maior índice ocorre para a covariância entre o resíduo associado ao item 14 (e14) e item 15 (e15). Tendo em conta que estes itens correspondem ao mesmo fator (Orientação Extrínseca) e perante a semelhança ao

nível do conteúdo dos mesmos (item 14 – “Procurar ser admirado(a) e conhecido(a)?”; Item 15 – “Procurar ser popular e ter uma imagem social atrativa?”) essa correlação foi adicionada ao modelo e o modelo foi ajustado (ver Figura 2). No entanto, como mostram a Tabela 5 e a Figura 2, continuou a observar-se um ajustamento sofrível ( $\chi^2/g1= 2.08$ ; CFI=.86; GFI=.85; TLI=.83; RMSEA=.09;  $P[\text{rmsea}\leq 0.05] p<.001$ ).

Ao ajustar o modelo, verificaram-se ainda índices de covariância entre o resíduo associado ao item 10 (e10) – “Procurar contribuir para o bem-estar dos outros ou do mundo à volta?” – e ao item 9 (e9) – “Procurar divertir-se?” - e entre o resíduo associado ao item 5 (e5) – “Procurar aspirar à excelência ou atingir um ideal pessoal?” e ao item 6 (e6) – “Procurar satisfação ou regozijo?”. No entanto, a análise do seu conteúdo e o facto destes itens pertencerem a fatores distintos (item 10 e item 5 – Orientação Eudaimónica; item 9 e item 6 – Orientação Hedónica) levou a que não se adiciassem estas correlações ao modelo.

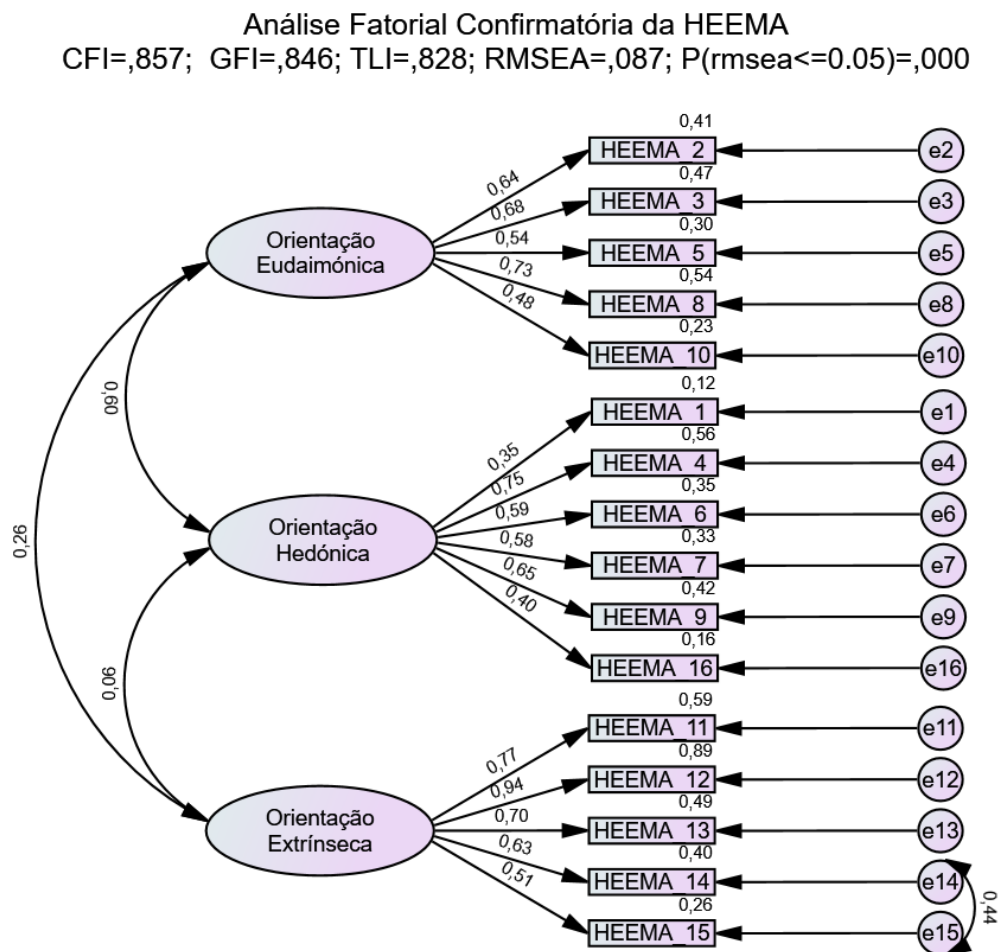
Na análise do modelo ajustado da escala HEEMA, presente na Figura 2, a maioria dos itens da escala apresentaram pesos fatoriais adequados ( $\lambda \geq .50$ ), à exceção do item 10 ( $\lambda_{10}=.48$ ), do item 1 ( $\lambda_1=.35$ ) – “Procurar relaxar?” – e do item 16 ( $\lambda_{16}=.40$ ) – “Procurar tornar as coisas confortáveis?” – (ver Figura 2). Estes três itens revelaram também índices de fiabilidade individual ( $\lambda^2 \geq .25$ ) inadequados (.23, .12 e .16, respetivamente) (ver Figura 2). Contudo, não se excluiu estes itens em análises subsequentes, uma vez que os pesos fatoriais não se distanciam de forma significativa do valor considerado adequado ( $\lambda \geq .50$ ).

O Valor de VEM (Variância Extraída da Média) para a validade convergente revelou-se adequado para a Orientação Extrínseca (VEM=.53) e abaixo do valor recomendado (VEM $\geq$ .5) para a Orientação Eudaimónica (VEM=.39) e Hedónica (VEM=.32). Verificou-se a existência de validade discriminante entre a Orientação Eudaimónica e a Extrínseca ( $R^2=.07$ ) e entre a Orientação Hedónica e a Extrínseca ( $R^2=.004$ ), mas não entre a Orientação Eudaimónica e a Hedónica ( $R^2=.36$ ).

A fiabilidade compósita verificou-se em todas as dimensões, com valores de Ómega ( $\Omega$ ) de .72 (Orientação Hedónica), .75 (Orientação Eudaimónica) e .85 (Orientação Extrínseca), que corroboram a existência de valores bons de consistência interna das dimensões da escala, obtidos igualmente pelo Alfa de Cronbah (ver Tabela 4).

**Figura 2**

*Estrutura fatorial da escala HEEMA - Modelo Reajustado*



*Nota.* HEEMA = Hedonic, Eudaimoni and Extrinsic Motives for Activities; CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness Of Fit; TLI = Tucker-Lewis Index; RMSEA = Root Mean Square Error Of Approximation

### ***Escala de Regulação do Comportamento Alimentar (REBS)***

No caso da REBS, verificaram-se valores de assimetria e curtose que não se desviam significativamente da normalidade, com exceção do item 14, com um valor de curtose de 7.84, ligeiramente acima do recomendado (ver Anexo I). As distâncias de Mahalanobis ao quadrado indicaram a presença de diversas observações que são *outliers* (ver Anexo J), nomeadamente as observações 28, 77 e 90. A Tabela 6 apresenta os indicadores de ajustamento da AFC da REBS.

**Tabela 6***Índices de Ajustamento da escala REBS*

	$\chi^2/\text{gl}$	CFI	GFI	TLI	RMSEA	P[rmsea $\leq$ 0.05]
REBSorig	1.99	.85	.76	.83	.09	<.001
REBSajust1	1.71	.90	.79	.88	.07	.001
REBSajust2	1.66	.90	.80	.89	.07	.004
REBSajust3	1.49	.91	.80	.90	.07	.01

*Nota.* REBSorig = indicadores de ajustamento do modelo original; REBSajust1 = indicadores de ajustamento do modelo ajustado sem outliers; REBSajust2 = indicadores de ajustamento do modelo ajustado com as correlações entre os resíduos do item 5 e 1; REBSajust3 = indicadores de ajustamento do modelo ajustado com as correlações entre os resíduos do item 6 e 3; CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness Of Fit; TLI = Tucker-Lewis Index; RMSEA = Root Mean Square Error Of Approximation

A análise fatorial confirmatória da estrutura hexa-fatorial da REBS indicou que o modelo original proposto por Pelletier et al. (2004) apresenta um ajustamento bom ( $\chi^2/\text{gl}=1.99$ ) a sofrível (CFI=.85; GFI=.76; TLI=.83; RMSEA=.09; P[rmsea $\leq$ 0.05] p<.001) (Kline, 2011; Marôco, 2014) na amostra sob estudo (ver Tabela 6). A eliminação das 3 observações identificadas como *outliers* levou a índices de qualidade de ajustamento ligeiramente melhores, considerados bons ( $\chi^2/\text{gl}=1.71$ ; CFI=.90) a sofríveis (GFI=.79; TLI=.88; RMSEA=.07; P[rmsea $\leq$ 0.05] =.001) (Kline, 2011; Marôco, 2014), apresentados na Tabela 6.

De acordo com os índices de modificação (ver Anexo K), o maior índice após a remoção dos *outliers* ocorre para a covariância entre o resíduo associado ao item 1 (e1) e o fator Motivação Intrínseca. Este índice indica que uma fração considerável do comportamento do item 1 (“Porque comer de forma saudável é uma parte fundamental da minha vida”), não explicada pelo fator onde satura (Regulação Integrada), correlaciona-se com o fator Motivação Intrínseca, onde se observa a correlação com o erro do item.

O segundo maior índice de modificação ocorre para a correlação entre os erros do item 5 (e5) – “Porque é uma forma de obter benefícios duradouros para a saúde” - e do item 1 (e1) – “Porque comer de forma saudável é uma parte fundamental da minha vida”. Apesar de estes itens corresponderem a fatores diferentes (Regulação Identificada e Regulação Integrada, respetivamente), teoricamente ambos pertencem a um mesmo fator de 2ª ordem: a regulação autónoma. Assim essa correlação foi adicionada ao modelo e este foi ajustado. No entanto, o modelo continuou a apresentar um ajustamento bom ( $\chi^2/\text{gl}=1.66$ ; CFI=.90) a

sofrível (GFI=.80; TLI=.89; RMSEA=.07;  $P[\text{rmsea} \leq 0.05] = .004$ ) (Kline, 2011; Marôco, 2014), como apresentado na Tabela 6.

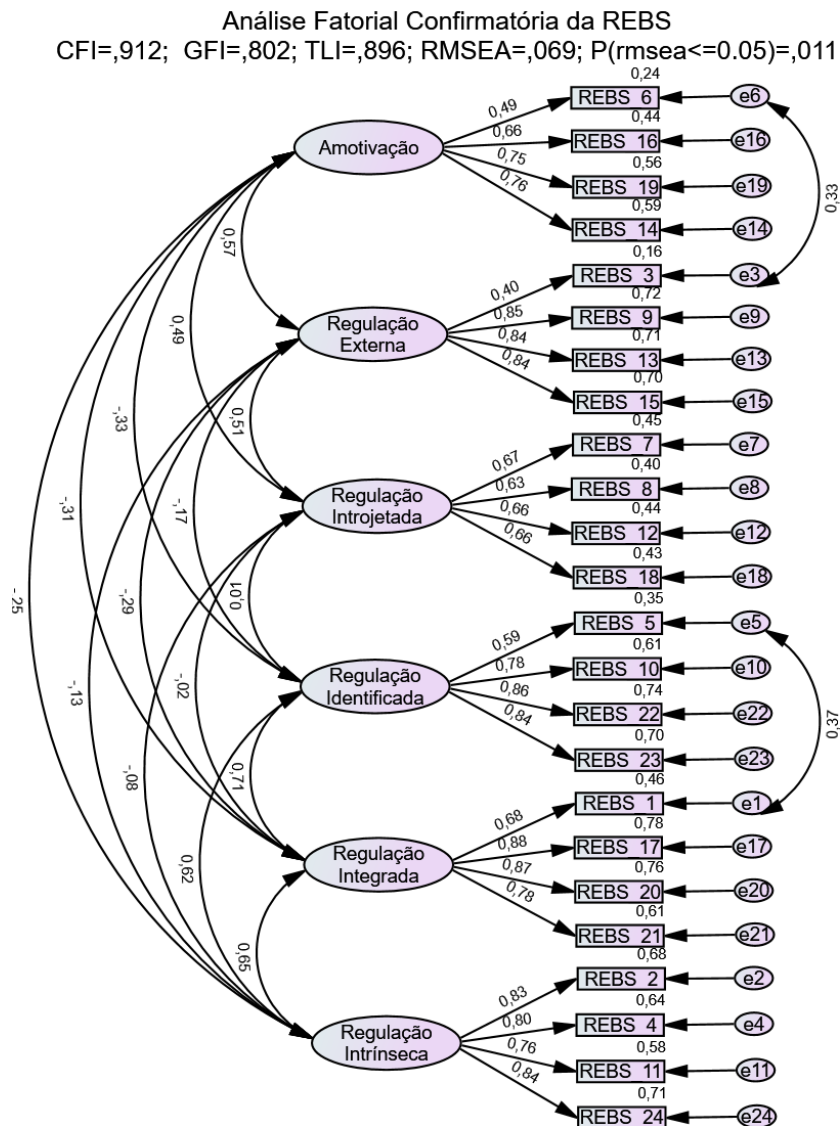
Ao ajustar o modelo, verificaram-se ainda índices de covariância entre o resíduo associado ao item 6 (e6) – “Eu não sei. Não consigo perceber como é que os meus esforços para comer de forma saudável contribuem para a minha saúde?” – e ao item 3 (e3) – “Porque é o que é esperado de mim”. Apesar de estes itens corresponderem a fatores diferentes (Amotivação e Regulação Externa, respetivamente), teoricamente ambos pertencem a um mesmo fator de 2ª ordem: a regulação controlada. Assim, essa correlação foi adicionada ao modelo e este foi ajustado. Apesar de algumas melhorias ao nível dos indicadores de ajustamento (e.g., TLI), o modelo continuou a apresentar um ajustamento bom ( $\chi^2/\text{gl} = 1.49$ ; CFI=.91; TLI=.90) a sofrível (GFI=.80; RMSEA=.07;  $P[\text{rmsea} \leq 0.05] = .011$ ) (Kline, 2011; Marôco, 2014), como visível na Tabela 6 e na Figura 3.

No modelo ajustado final (REBSajust3 – ver Tabela 6) a maioria dos itens da REBS apresentaram pesos fatoriais adequados ( $\lambda \geq .50$ ), à exceção do item 3 ( $\lambda_3 = .40$ ) e do item 6 ( $\lambda_6 = .49$ ) (ver Figura 3). Estes dois itens revelaram também índices de fiabilidade individual ( $\lambda^2 \geq .25$ ) inadequados (.16 e .24, respetivamente) (ver Figura 3). Contudo, estes itens não foram excluídos em análises subsequentes, uma vez que os pesos fatoriais estão próximos do valor considerado adequado e dados os valores dos outros indicadores de validade.

O Valor de VEM para a validade convergente revelou-se adequado para todas as dimensões (VEM a variar entre .57 e .65), exceto a Amotivação (VEM=.46) e a Regulação Introjeteada (VEM=.43) com valores abaixo do recomendado. Verificou-se a existência de validade discriminante entre todas as dimensões da escala. A fiabilidade composta verificou-se em todas as dimensões, com valores de Ómega ( $\Omega$ ) a variar entre .73 (Amotivação) e .89 (Motivação Intrínseca) que corroboram a existência de bons valores de consistência interna das dimensões da escala, obtidos pelo Alfa de Cronbach (ver Tabela 1).

**Figura 3**

*Estrutura fatorial da escala REBS - Modelo Reajustado*



*Nota.* REBS = Regulation of Eating Behavior Scale; CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness Of Fit; TLI = Tucker-Lewis Index; RMSEA = Root Mean Square Error Of Approximation

### **Exploração do Índice de Intensidade de Atividade Física, Mal-estar Psicológico e Presença de Doenças como potenciais variáveis moderadoras**

Foram exploradas as variáveis Índice de Intensidade de AF, Mal-estar Psicológico e Presença de Doenças como possíveis moderadores da relação das Orientações para o Bem-estar e da Regulação do comportamento Alimentar com a Manutenção do Peso Perdido. No entanto, nenhuma delas se demonstrou significativa. Assim, estas variáveis foram descartadas enquanto potenciais variáveis moderadoras (ver Anexo L).

## Regulação do Comportamento Alimentar como mediador da relação entre as Orientações para o Bem-estar e a Manutenção do Peso Perdido

Para testar o papel mediador da Regulação do Comportamento Alimentar na relação entre as Orientações para o Bem-estar e a Manutenção do Peso Perdido foram exploradas as relações entre as três variáveis em estudo. Na análise da relação entre a Manutenção do Peso Perdido (VD) e as variáveis Orientações para o Bem-estar (VI) e Regulação do Comportamento Alimentar (M), realizaram-se análises discriminantes. Para testar a relação entre a variável independente e a variável mediadora realizaram-se regressões lineares múltiplas correlacionando as três Orientações para o Bem-estar (VI) com cada um dos tipos de Regulação do Comportamento Alimentar (M).

### *Relação entre as Orientações para o Bem-estar (VI) e a Manutenção do Peso Perdido (VD)*

Na análise discriminante realizada para testar a relação entre as Orientações para o Bem-estar e a Manutenção do Peso Perdido verificou-se o pressuposto da homogeneidade de variância-covariância através do teste M de Box, em que se obteve um *p-value* de .85 pelo que se não rejeita a hipótese ( $H_0$ ) da igualdade das matrizes de variância-covariância para os grupos em estudo. A Tabela 7 permite analisar os valores da *ANOVA one-way* para cada uma das variáveis independentes - Orientação Eudaimónica, Orientação Hedónica; Orientação Extrínseca - de forma a selecionar as variáveis discriminantes significativas dos grupos da variável Manutenção do Peso Perdido.

**Tabela 7**

*Comparação entre a Manutenção do Peso Perdido e as Orientações para o Bem-estar (Anova One-Way)*

		<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Orientação Eudaimónica	Manutenção mal-sucedida	5.15	1.11	.16	.69
	Manutenção bem-sucedida	5.24	1.23		
Orientação Hedónica	Manutenção mal-sucedida	4.81	.88	2.55	.11
	Manutenção bem-sucedida	5.09	1.00		
Orientação Extrínseca	Manutenção mal-sucedida	3.19	1.28	.93	.34
	Manutenção bem-sucedida	2.95	1.39		

*Nota.* M = Média; DP = Desvio Padrão; F = Estatística de teste; *p* = *p-value*; N = 114

A Tabela 7 revela a ausência de variáveis (Orientação Eudaimónica, Orientação Hedónica; Orientação Extrínseca) que discriminem significativamente os grupos com valores de  $p \geq .11$ . Congruentemente, a função discriminante extraída pela análise discriminante não se revelou estatisticamente significativa na discriminação dos grupos ( $\lambda = .97$ ;  $\chi^2 (3) = 3.88$ ;  $p = .28$ ). Este resultado significa que as Orientações para o Bem-estar não discriminam o grupo malsucedido na Manutenção do Peso Perdido e o grupo bem-sucedido na Manutenção do Peso Perdido, i.e., não existe uma relação entre as Orientações para o Bem-estar e a capacidade de Manutenção do Peso Perdido, nesta amostra. Deste modo, não fará sentido explorar relações de mediação entre as Orientações para o Bem-estar e este indicador de peso.

Contudo, tentou-se perceber, por um lado, se a Regulação do Comportamento Alimentar é preditor da Manutenção do Peso Perdido, e, por outro, se existe uma relação entre as Orientações para o Bem-estar e a Regulação do Comportamento Alimentar.

### ***Relação entre a Regulação do Comportamento Alimentar (M) e a Manutenção do Peso Perdido (VD)***

Na análise discriminante realizada para testar a relação entre a Regulação do Comportamento Alimentar e a Manutenção do Peso Perdido, verificou-se o pressuposto da homogeneidade de variância-covariância através do teste M de Box, em que se obteve um *p-value* de .63 pelo que se não rejeita a hipótese ( $H_0$ ) da igualdade das matrizes de variância-covariância para os grupos em estudo. A Tabela 8 apresenta a *ANOVA one-way* para cada uma das variáveis independentes – Amotivação; Regulação Externa; Regulação Introjetada; Regulação Identificada; Regulação Integrada; Motivação Intrínseca -, realizada para a seleção das variáveis discriminantes.

### **Tabela 8**

*Comparação entre a Manutenção do Peso Perdido e a Regulação do Comportamento Alimentar (Anova One-Way)*

		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Amotivação	Manutenção mal-sucedida	1.59	.81	.97	.33
	Manutenção bem-sucedida	1.75	.95		
Regulação Externa	Manutenção mal-sucedida	2.30	1.18	.17	.68
	Manutenção bem-sucedida	2.39	1.25		
Regulação Introjetada	Manutenção mal-sucedida	3.11	1.44	.003	.95

	Manutenção bem-sucedida	3.12	1.40		
Regulação Identificada	Manutenção mal-sucedida	5.67	1.15	1.28	.26
	Manutenção bem-sucedida	5.89	.90		
Regulação Integrada	Manutenção mal-sucedida	4.76	1.50	1.20	.28
	Manutenção bem-sucedida	5.06	1.31		
Motivação Intrínseca	Manutenção mal-sucedida	4.30	1.46	2.02	.16
	Manutenção bem-sucedida	4.69	1.42		

*Nota.* M = Média; DP = Desvio Padrão; F = Estatística de teste;  $p$  = p-value; N = 133

O teste revelou a ausência de variáveis que discriminem significativamente os grupos com valores de  $p \geq .16$  (ver Tabela 8). De modo congruente, a função discriminante extraída pela análise discriminante não se revelou estatisticamente significativa na discriminação dos grupos ( $\lambda = .96$ ;  $\chi^2(6) = 3.82$ ;  $p = .70$ ). Este resultado significa que os tipos de Regulação do Comportamento Alimentar não discriminam entre o grupo malsucedido e o grupo bem-sucedido na Manutenção do Peso Perdido. Assim, não se verifica uma relação entre a Regulação do Comportamento Alimentar e a capacidade de Manutenção do Peso Perdido.

### ***Relação entre as Orientações para o Bem-estar (VI) e a Regulação do Comportamento Alimentar (M)***

Para perceber se as Orientações para o Bem-estar são preditores da Regulação do Comportamento Alimentar, analisou-se a relação entre estas variáveis. Na Tabela 9 encontram-se os resultados das regressões lineares múltiplas parciais que exploram a relação entre as Orientações e um tipo de Regulação do Comportamento Alimentar de cada vez.

**Tabela 9**

*Relação entre as Orientações para o Bem-estar e os tipos de Regulação do Comportamento Alimentar (Regressão linear múltipla)*

	$\beta$	t	p	$R^2_{ajust}$
<b>Amotivação</b>				
Orientação Eudaimónica	-.14	-1.51	.14	
Orientação Hedónica	-.02	-.19	.85	.05
<b>Orientação Extrínseca</b>	<b>.25**</b>	<b>2.82</b>	<b>.01</b>	

<b>Regulação Externa</b>				
Orientação Eudaimónica	-.04	-.45	.66	
Orientação Hedónica	-.08	-.90	.37	.09
<b>Orientação Extrínseca</b>	<b>.33***</b>	<b>3.92</b>	<b>&lt;.001</b>	
<b>Regulação Introjetada</b>				
Orientação Eudaimónica	.003	.03	.98	
Orientação Hedónica	-.12	-1.42	.16	.15
<b>Orientação Extrínseca</b>	<b>.40***</b>	<b>4.88</b>	<b>&lt;.001</b>	
<b>Regulação Identificada</b>				
<b>Orientação Eudaimónica</b>	<b>.37***</b>	<b>4.23</b>	<b>&lt;.001</b>	
Orientação Hedónica	.13	1.53	.13	.17
Orientação Extrínseca	-.07	-.82	.41	
<b>Regulação Integrada</b>				
<b>Orientação Eudaimónica</b>	<b>.30***</b>	<b>3.30</b>	<b>.001</b>	
Orientação Hedónica	.04	.39	.70	.08
Orientação Extrínseca	-.02	-.18	.86	
<b>Motivação Intrínseca</b>				
<b>Orientação Eudaimónica</b>	<b>.30***</b>	<b>3.47</b>	<b>&lt;.001</b>	
<b>Orientação Hedónica</b>	<b>.21*</b>	<b>2.44</b>	<b>.02</b>	<b>.17</b>
Orientação Extrínseca	-.01	-.08	.94	

Nota.  $\beta$  = Beta; t = Estatística de teste;  $p$  = p-value;  $R^2_{ajust}$  = R quadrado ajustado; N=133

\*Correlação significativa para  $p \leq .05$ ; \*\*Correlação significativa para  $p \leq .01$ ; \*\*\*Correlação significativa para  $p \leq .001$

A Tabela 9 permite avaliar os modelos de regressão. O conjunto das três Orientações para o Bem-estar explica significativamente a variância dos tipos de Regulação do Comportamento Alimentar, nomeadamente a Amotivação ( $F(3,129)=3.07$ ;  $p=.03$ ;  $R^2_{ajust}=5\%$ ), a Regulação Externa ( $F(3,129)=5.37$ ;  $p<.01$ ;  $R^2_{ajust}=9\%$ ), a Regulação Introjetada ( $F(3,129)=8.66$ ;  $p<.001$ ;  $R^2_{ajust}=15\%$ ), a Regulação Identificada ( $F(3,129)=9.74$ ;  $p<.001$ ;  $R^2_{ajust}=17\%$ ), a Regulação Integrada ( $F(3,129)=4.79$ ;  $p<.01$ ;  $R^2_{ajust}=8\%$ ) e a Motivação Intrínseca ( $F(3,129)=9.74$ ;  $p<.001$ ;  $R^2_{ajust}=17\%$ ). No entanto, a análise das dimensões Eudaimónica, Hedónica e Extrínseca separadamente, mostra que apenas algumas se relacionam significativamente com as variáveis da Regulação do Comportamento Alimentar.

Apenas a Orientação Extrínseca se relaciona significativamente com a Amotivação ( $\beta = .25$ ;  $p = .01$ ), explicando 3.8% da variância total do modelo, com a Regulação Externa ( $\beta = .33$ ;  $p < .001$ ), explicando 9.4% da variância total do modelo e com a Regulação Introjetada ( $\beta = .40$ ;  $p < .001$ ), explicando 14.6 % da variância total do modelo. Para além disso, apenas a Orientação Eudaimónica se relaciona significativamente com a Regulação Identificada ( $\beta = .37$ ;  $p < .001$ ), explicando 15.8% da variância total do modelo e com a Regulação Integrada ( $\beta = .30$ ;  $p = .001$ ), explicando 9.2% da variância total do modelo. Ambas a Orientação Eudaimónica ( $\beta = .30$ ;  $p < .001$ ) e a Orientação Hedónica ( $\beta = .21$ ;  $p = .02$ ) se relacionam significativamente com a Motivação Intrínseca, explicando 17.2% da variância total do modelo (ver Tabela 9).

Os resultados da Tabela 9 sugerem que níveis mais elevados de Orientação Extrínseca estão associados, de forma mais forte para mais moderada, a níveis mais elevados de Regulação Introjetada, Regulação Externa e Amotivação, que integram a dimensão de 2ª ordem da regulação do comportamento alimentar Motivação Controlada. Para além disso, quanto mais elevados os níveis de Orientação Eudaimónica mais elevados serão os níveis de Regulação Identificada, Integrada e Intrínseca, integradoras da dimensão de 2ª ordem da regulação do comportamento alimentar Motivação Autónoma. Também se verifica a relação positiva da Orientação Hedónica com a Motivação Intrínseca, em que níveis mais elevados de Orientação Hédonica vão estar associados a níveis mais elevados de Motivação Intrínseca. Assim, a análise realizada permite determinar que Orientações para o Bem-estar predizem os vários tipos de Regulação do Comportamento Alimentar.

### **Relação da Regulação do Comportamento Alimentar e das Orientações para o Bem-estar com outros indicadores de peso estudados**

Foi testada a relação da Regulação do Comportamento Alimentar e das Orientações para o Bem-estar com outros indicadores de peso em estudo: Índice de Variação do Peso, Índice de Sucesso na Perda de Peso, Peso Perdido e Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder.

### ***Relação das Orientações para o Bem-estar e da Regulação do Comportamento Alimentar com o Índice de Variação do Peso e com Índice de Sucesso na Perda de Peso***

Em anexo encontram-se as tabelas das regressões lineares que exploram as relações das Orientações para o Bem-estar e da Regulação do Comportamento Alimentar com os indicadores Índice de Variação do Peso e Índice de Sucesso na Perda de Peso (ver Anexo M).

Concluiu-se a inexistência de relações significativas do indicador de peso Índice de Variação do Peso com as Orientações para o Bem-estar ( $F(3,139)=1.31$ ;  $p=.27$ ) (ver Tabela M1 do Anexo M), e com a Regulação do Comportamento Alimentar ( $F(6,126)=1.91$ ;  $p=.08$ ) (ver Tabela M2 do Anexo M). A existência de *outliers* no Índice de Variação do Peso, levou à realização das regressões lineares correspondentes numa nova base de dados, com a remoção dos respetivos *outliers*. No entanto, a relação com as Orientações para o Bem-estar e com a Regulação do Comportamento Alimentar manteve-se não significativa (ver Tabela M3 e M4 do Anexo M, respetivamente), com modelos não significativos ( $F(3,130)= 1.96$ ;  $p=.12$  e  $F(6, 121)=1,55$ ;  $p=.17$ , respetivamente).

Relativamente ao Índice de Sucesso na Perda de Peso, este também não se demonstrou significativamente relacionado com as Orientações para o Bem-estar ( $F(3,74)=.48$ ;  $p=.70$ ) e com a Regulação do Comportamento Alimentar ( $F(6,64)=.67$ ;  $p=.68$ ) (ver Tabela M5 e M6 do Anexo M, respetivamente).

A ausência de relações significativas levou a que não fizesse sentido explorar relações de mediação entre as Orientações para o Bem-estar e estes indicadores de peso.

### ***Relação das Orientações para o Bem-estar e da Regulação do Comportamento Alimentar com o Peso perdido***

A tabela 10 apresenta a regressão linear que explora a relação das Orientações para o Bem-estar (VI) e dos tipos de Regulação do Comportamento Alimentar (M) com o indicador Peso Perdido.

**Tabela 10**

*Relação entre as Orientações para o Bem-estar e o Peso Perdido; Relação entre os tipos de Regulação do Comportamento Alimentar e o Peso Perdido (Regressão linear múltipla)*

	Peso Perdido			
	$\beta$	t	p	$R^2_{ajust}$
<b>Orientações para o Bem-estar</b>				
<i>Orientação Eudaimónica</i>	.25**	2.74	.007	
<i>Orientação Hedónica</i>	.08	.85	.40	.06
<i>Orientação Extrínseca</i>	-.11	-1.32	.19	
<b>Regulação do Comportamento Alimentar</b>				
<i>Amotivação</i>	.16	1.47	.14	.03

<i>Regulação Externa</i>	-08	-.72	.48
<i>Regulação Introjetada</i>	-.04	-.38	.71
<i>Regulação Identificada</i>	.15	1.22	.22
<i>Regulação Integrada</i>	-.06	-.45	.66
<i>Motivação Intrínseca</i>	.18	1.52	.13

Nota.  $\beta$  = Beta; t = Estatística de teste;  $p$  =  $p$ -value;  $R^2_{ajust}$  = R quadrado ajustado; N=143

\*\*Correlação significativa para  $p \leq .01$

A Tabela 10 permite avaliar os modelos de regressão. As Orientações para o Bem-estar explicam significativamente a variância do Peso Perdido ( $F(3,139)=4.24$ ;  $p < .01$ ;  $R^2_{ajust}=.06$ ). No entanto, a análise das dimensões Eudaimónica, Hedónica e Extrínseca separadamente, mostra que apenas se verifica uma relação positiva significativa entre a Orientação Eudaimónica (VI) e o Peso Perdido (VD) ( $\beta=.25$ ;  $p=.007$ ), explicando 6% da variância total do modelo. Esta relação sugere que níveis mais elevados de Orientação Eudaimónica estão associados a uma quantidade superior de peso perdido.

No entanto, a inexistência de relações significativas entre os tipos de Regulação do Comportamento Alimentar (M) e o Peso Perdido (VD) (ver Tabela 10), com um modelo não significativo ( $F(6,126)=1.66$ ;  $p=.14$ ) que se mantém após a remoção dos *outliers* encontrados ( $F(6, 119)=1.55$ ;  $p=.17$ ), levou a que não fizesse sentido explorar o efeito mediador da Regulação do Comportamento Alimentar na relação entre as Orientações para o Bem-estar e este indicador de peso.

### ***Relação das Orientações para o Bem-estar e da Regulação do Comportamento Alimentar com o Cumprimento do Objetivo de Quilogramas a Perder***

Na análise discriminante realizada para testar a relação entre as Orientações para o Bem-estar e o Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder verificou-se o pressuposto da homogeneidade de variância-covariância através do teste M de Box, em que se obteve um  $p$ -value de .39 pelo que se não rejeita a hipótese ( $H_0$ ) da igualdade das matrizes de variância-covariância para os grupos em estudo. Na tabela 11 encontra-se a *ANOVA one-way* para cada uma das variáveis independentes - Orientação Eudaimónica, Hedónica e Extrínseca -, realizada para a seleção das variáveis discriminantes.

**Tabela 11**

*Comparação entre o Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder e as Orientações para o Bem-estar (Anova One-Way)*

		<i>M</i>	<i>DP</i>	$\Lambda$ de Wilks	<i>F</i>	<i>p</i>
<b>Orientação Eudaimónica</b>	Cumpriu o objetivo	<b>5.49</b>	<b>.98</b>	<b>.95</b>	<b>4.80</b>	<b>.03</b>
	Não Cumpriu o Objetivo	<b>4.96</b>	<b>1.21</b>			
<b>Orientação Hedónica</b>	Cumpriu o objetivo	<b>5.24</b>	<b>.86</b>	<b>.90</b>	<b>9.42</b>	<b>.003</b>
	Não cumpriu o Objetivo	<b>4.64</b>	<b>.92</b>			
Orientação Extrínseca	Cumpriu o objetivo	3.04	1.44	1.00	<.001	1.00
	Não cumpriu o Objetivo	3.04	1.20			

*Nota.* *M* = Média; *DP* = Desvio padrão;  $\Lambda$  de Wilks = Lambda de Wilks; *F* = Estatística de teste; *p* = *p-value*; *N* = 87

Na seleção das variáveis discriminantes verificou-se que apenas a Orientação Eudaimónica ( $F=4.80$ ;  $p=.03$ ) e a Orientação Hedónica ( $F=9.50$ ;  $p<.01$ ) discriminam significativamente entre grupos (ver Tabela 11). Esta discriminação aponta para valores médios mais elevados tanto ao nível da Orientação Eudaimónica como da Orientação Hedónica no grupo que cumpriu o objetivo definido de quilogramas a perder, comparativamente com o grupo que não cumpriu esse objetivo.

A análise discriminante extraiu uma função discriminante significativa ( $\lambda =.87$ ;  $\chi^2(3) =11.51$ ;  $p=.01$ ), retendo como significativas as variáveis Orientação Eudaimónica ( $r=.50$ ) e Orientação Hedónica ( $r=.79$ ). O valor de Lambda de Wilks ( $\lambda =.87$ ), sugere que a função tem uma capacidade fraca a moderada na discriminação entre grupos, uma vez que este valor se aproxima de 1 (quanto mais próximo de 1 menor a discriminação entre grupos). A função é essencialmente definida pela variável Orientação Hedónica, que apresenta um coeficiente (*r*) superior ao da Orientação Eudaimónica. Esta variável é o principal fator que discrimina os grupos. Ou seja, a distinção entre os sujeitos que cumpriram o objetivo de kgs a perder e os que não o cumpriram é sobretudo devida à Orientação Hedónica. Assim, pode-se afirmar a existência de uma relação entre as Orientações para o Bem-estar Hedónica, mas também Eudaimónica, e o Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder definido pelo participante.

Na análise discriminante para testar a relação entre os tipos de Regulação do Comportamento Alimentar e o Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder verificou-se o pressuposto da homogeneidade de variância-covariância através do teste *M* de Box, em que se obteve um *p-value* de .89 pelo que se não rejeita a hipótese ( $H_0$ ) da igualdade das matrizes de

variância-covariância para os grupos em estudo. Na tabela 12 encontra-se a *ANOVA one-way* para cada uma das variáveis independentes (tipos de Regulação do Comportamento Alimentar) realizada para a seleção das variáveis discriminantes.

**Tabela 12**

*Comparação entre o Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder e a Regulação do Comportamento Alimentar (Anova One-Way)*

		<i>M</i>	<i>DP</i>	$\Lambda$ de Wilks	<i>F</i>	<i>p</i>
<b>Amotivação</b>	Cumpriu o objetivo	1.76	.99	.99	.58	.45
	Não Cumpriu o Objetivo	1.59	.87			
<b>Regulação Externa</b>	Cumpriu o objetivo	2.07	.98	.98	1.84	.18
	Não cumpriu o Objetivo	2.45	1.26			
<b>Regulação Introjetada</b>	Cumpriu o objetivo	<b>2.62</b>	<b>.92</b>	<b>.92</b>	<b>6.81</b>	<b>.01</b>
	Não cumpriu o Objetivo	<b>3.41</b>	<b>1.47</b>			
<b>Regulação Identificada</b>	Cumpriu o objetivo	5.91	1.00	1.00	.12	.74
	Não Cumpriu o Objetivo	5.84	.91			
<b>Regulação Integrada</b>	Cumpriu o objetivo	5.25	.98	.98	1.34	.25
	Não cumpriu o Objetivo	4.89	1.35			
<b>Motivação Intrínseca</b>	Cumpriu o objetivo	<b>4.93</b>	<b>.95</b>	<b>.95</b>	<b>3.90</b>	<b>.05</b>
	Não cumpriu o Objetivo	<b>4.33</b>	<b>1.25</b>			

*Nota.* *M* = Média; *DP* = Desvio padrão;  $\Lambda$  de Wilks = Lambda de Wilks; *F* = Estatística de teste; *p* = p-value; *N* = 82

Na seleção das variáveis discriminantes verificou-se que apenas a Regulação Introjetada ( $F=6.81$ ;  $p=.01$ ) e a Motivação Intrínseca ( $F=3.90$ ;  $p=.05$ ) discriminam significativamente entre grupos (ver Tabela 12). Em relação à Regulação Introjetada verificam-se valores médios mais elevados no grupo que não cumpriu o objetivo de kgs a perder, em comparação com o grupo que cumpriu. Por sua vez, ao nível da Motivação Intrínseca verificam-se níveis médios superiores no grupo que cumpriu o objetivo de kgs a perder, comparativamente com o grupo que não cumpriu (ver Tabela 12).

A análise discriminante extraiu uma função discriminante significativa ( $\lambda = .83$ ;  $\chi^2 (6) = 14$ ;  $p=.03$ ), retendo como significativas as variáveis Regulação Introjetada ( $r=-.81$ ) e Motivação Intrínseca ( $r=.40$ ). O valor de Lambda de Wilks ( $\lambda = .83$ ), sugere que a função tem

uma capacidade fraca a moderada na discriminação entre grupos, uma vez que este valor se aproxima de 1. A função é essencialmente definida pela variável Regulação Introjetada, que apresenta um coeficiente (r) bastante superior ao da Motivação Intrínseca. Assim, a Regulação Introjetada é o principal fator que discrimina os grupos. Ou seja, a distinção entre os sujeitos que cumpriram o objetivo de kgs a perder e os que não o cumpriram deve-se sobretudo à Regulação Introjetada.

Os coeficientes obtidos (r) reforçam ainda que elevados níveis de Regulação Introjetada se associam ao grupo que não cumpriu o objetivo definido de quilogramas a perder e níveis superiores de Motivação Intrínseca se associam ao grupo que cumpriu o objetivo. Assim, é possível afirmar a existência de uma relação entre a Regulação Introjetada, mas também Intrínseca, do comportamento alimentar e o Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder.

Em síntese, a variável Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder apresentou relações significativas com as Orientações Eudaimónica e Hedónica e com a Regulação Introjetada e Intrínseca do Comportamento alimentar. Tendo em conta que as dimensões Eudaimónica e Hedónica para o Bem-estar (VI) se encontram significativamente relacionadas com a Motivação Intrínseca do Comportamento Alimentar (M) (ver Tabela 9), passou-se à testagem da existência de mediação da variável Motivação Intrínseca na relação entre a Orientação Eudaimónica e/ou Hedónica com o Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder. Consideraram-se, assim, os seguintes modelos:

Orientação Eudaimónica → Motivação Intrínseca → Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder

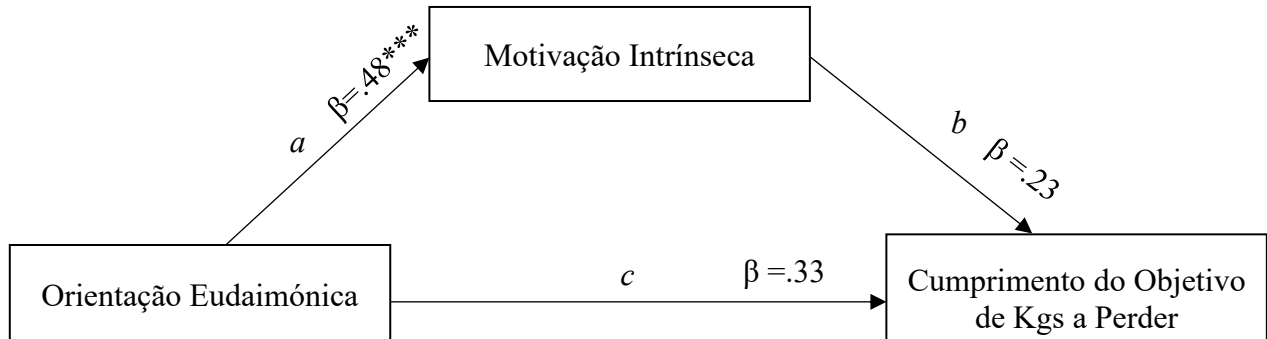
Orientação Hedónica → Motivação Intrínseca → Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder

### **Efeito mediador da Motivação Intrínseca na relação entre a Orientação Eudaimónica e o Cumprimento do Objetivo de Quilogramas a Perder**

A figura 4 apresenta o modelo de mediação. Na tabela 13 apresentam-se as relações entre as variáveis em estudo: Orientação Eudaimónica, Motivação Intrínseca e Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder.

**Figura 4**

*Modelo de Mediação da Motivação Intrínseca na relação entre a Orientação Eudaimónica e o Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder*



*Nota.* *a* = relação entre a Orientação Eudaimónica e a Motivação Intrínseca; *b* = relação entre a Motivação Intrínseca e o Cumprimento do objetivo de kgs a perder; *c* = relação entre a Orientação Eudaimónica e o Cumprimento do objetivo de kgs a perder;  $\beta$  = Beta;  
 \*\*\*Correlação significativa para  $p < .001$

**Tabela 13**

*Relações entre as variáveis do modelo: Orientação Eudaimónica, Motivação Intrínseca e Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder*

	Consequente							
	Motivação Intrínseca (M)				Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder (VD)			
Antecedente	$\beta$	DP	t	<i>p</i>	$\beta$	DP	Z	<i>p</i>
Orientação Eudaimónica (VI)	<sup>a</sup> .48	.12	3.83	<.01	<sup>c</sup> .33	.23	1.45	.15
Motivação Intrínseca (M)	-	-	-	-	<sup>b</sup> .23	.19	1.24	.21
	$R^2 = .16$				$R^2_{MF} = .06$			
	$F(1, 80) = 14.65; p < .001$				ModelLL(2); <b><math>p = .05</math></b>			

*Nota.*  $\beta$  = Beta; t = Estatística de teste; Z = Estatística de teste; *p* = p-value;  $R^2_{MF}$  = Pseudo  $R^2$  de McFadden

Os resultados da tabela 13 apontam para um modelo final estatisticamente significativo ( $p = .05$ ) com a explicação de 6% da variância do Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder ( $R^2_{MF} = .06$ ). A relação positiva entre a VI - Orientação Eudaimónica – e a VM - Motivação Intrínseca - revelou-se estatisticamente significativa ( $\beta = .48; p < .01$ ): quanto maior

o nível de Orientação Eudaimónica, maior o nível de Motivação Intrínseca. No entanto, não se verificaram relações estatisticamente significativas entre a variável dependente - Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder - e as restantes variáveis – Orientação Eudaimónica ( $\beta=.33$ ;  $p=.15$ ) e Motivação Intrínseca ( $\beta=.23$ ;  $p=.21$ ).

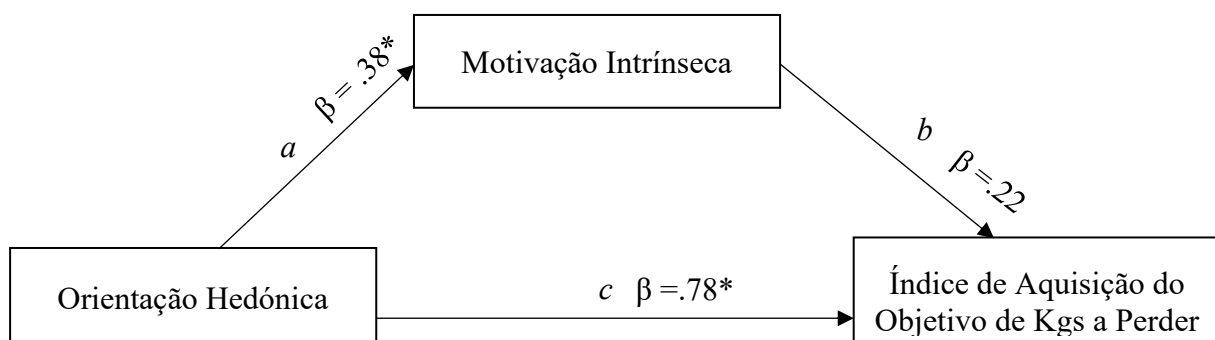
A análise de *bootstrap* do efeito indireto da Orientação Eudaimónica sobre o Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder mediado pela Motivação Intrínseca (Anexo N) confirma a inexistência de um efeito significativo, com a inclusão do 0 no intervalo de confiança (-.08 a .34). Ou seja, verifica-se a ausência de mediação da Motivação Intrínseca na relação entre a Orientação Eudaimónica e o Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder.

### **Efeito mediador da Motivação Intrínseca na relação entre a Orientação Hedónica e o Cumprimento do objetivo de quilogramas a perder**

A figura 5 apresenta o modelo de mediação. Na tabela 14 apresentam-se as relações e entre as variáveis em estudo: Orientação Hedónica, Motivação Intrínseca e Cumprimento do objetivo de quilogramas a perder.

#### **Figura 5**

*Modelo de Mediação da Motivação Intrínseca na relação entre a Orientação Hedónica e o Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder*



*Nota.*; a = relação entre a Orientação Hedónica e a Motivação Intrínseca; b = relação entre a Motivação Intrínseca e o Cumprimento do objetivo de kgs a perder; c = relação entre a Orientação Hedónica e o Cumprimento do objetivo de kgs a perder;  $\beta$  = Beta;

\*Correlação significativa para  $p < .05$

**Tabela 14**

*Relações entre as variáveis do modelo: Orientação Hedônica, Motivação Intrínseca e Cumprimento do objetivo de quilogramas a perder*

	Consequente									
	Motivação Intrínseca (M)				Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder (VD)					
Antecedente	$\beta$	DP	t	p	$\beta$	DP	Z	p		
<b>Orientação Hedônica (VI)</b>	a	.38	.16	2.42	<b>.02</b>	c	.78	.29	2.66	<b>.01</b>
<b>Motivação Intrínseca (M)</b>	-	-	-	-	b	.22	.18	1.22	.22	
	$R^2 = .07$				$R^2_{MF} = .11$					
	$F(1, 80) = 5.88; p=.02$				$ModelLL(2)=12.03; p<.01$					

*Nota.*  $\beta$  = Beta; t = Estatística de teste; Z = Estatística de teste; p = p-value;  $R^2_{MF}$  = Pseudo  $R^2$  de McFadden

Os resultados da tabela 14 apontam para um modelo final estatisticamente significativo ( $p<.01$ ) com a explicação de 11% da variância do Cumprimento do Objetivo de Quilogramas a Perder ( $R^2_{MF} = .11$ ). A relação positiva entre a VI - Orientação Hedônica – e a VM - Motivação Intrínseca - revelou-se estatisticamente significativa ( $\beta=.38; p=.02$ ): quanto maior o nível de Orientação Hedônica, maior o nível de Motivação Intrínseca. Verificou-se ainda a existência de uma relação significativa entre a VI – Orientação Hedônica - e a VD - Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder - ( $\beta=.78; p=.01$ ). No entanto, não se verificou a relação significativa entre a VD - Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder - e a VM - Motivação Intrínseca – ( $\beta=.38; p=.22$ ) (ver Tabela 20).

A análise de *bootstrap* do efeito indireto da Orientação Hedônica sobre o Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder mediado pela Motivação Intrínseca (Anexo O) confirma a inexistência de um efeito significativo, com a inclusão do 0 no intervalo de confiança (-.04 a .33). Desta forma, apesar de existir uma relação estatisticamente significativa entre a Orientação Hedônica e o Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder, essa relação não é explicada/mediada pela Motivação Intrínseca.

## Discussão

Face à tendência de reganho de peso e ao seu papel negativo sobre a obesidade e excesso de peso, o presente estudo procurou explorar a capacidade de os participantes manterem (ou não) o peso perdido. São múltiplos os fatores que podem impactar a manutenção do peso perdido pelos sujeitos, no entanto este estudo focou-se na análise de potenciais diferenças psicológicas ao nível dos motivos/objetivos (Orientações Para o Bem-estar) que guiam os comportamentos destes sujeitos na procura por bem-estar e ao nível da regulação do seu comportamento alimentar.

Verificar se a exibição de traços elevados de uma determinada orientação para o bem-estar está relacionada com a capacidade de manutenção do peso perdido de um indivíduo, e se esta relação é impactada pelo tipo de regulação do comportamento alimentar que apresenta, pode trazer implicações úteis para otimizar futuras intervenções sobre a problemática da obesidade e excesso de peso. Deste modo, com vista a testar o possível efeito mediador da Regulação do Comportamento Alimentar na relação entre as Orientações para o Bem-estar e a Manutenção do Peso Perdido, começou-se por investigar a existência de relações entre as variáveis preditoras (Orientações para o Bem-estar e Regulação do comportamento alimentar) e a variável resultado (Manutenção do Peso Perdido).

Contrariamente ao que era esperado, não se averiguaram diferenças significativas entre o grupo que manteve o peso e o grupo que não manteve o peso tanto ao nível das Orientações para o Bem-estar como da Regulação do Comportamento Alimentar. Ou seja, estas variáveis não são preditores da Manutenção do Peso Perdido (VD), o que desde logo implica a impossibilidade de uma mediação. Importa então perceber o porquê de estas variáveis não predizerem a Manutenção do Peso Perdido nesta amostra.

Por um lado, a ausência de poder preditor das Orientações para o Bem-estar contraria o modelo proposto por Huta e Waterman (2014), uma vez que se as orientações direcionam e impactam o comportamento dos sujeitos e os seus resultados (e.g., manter ou não o peso perdido), seria expectável que se encontrassem diferenças ao nível das Orientações entre os participantes que mantiveram o peso perdido e os que não mantiveram.

Por outro lado, a inexistência de relação entre a Regulação do Comportamento Alimentar e a Manutenção do Peso Perdido vai contra os resultados de estudos que mostram que quanto mais autodeterminada for a regulação do comportamento, mais o sujeito tende a manter esse comportamento e obter consequências positivas à sua saúde (Ryan & Deci,

2022). No caso do comportamento alimentar, a regulação autónoma tem sido associada a um número superior de comportamentos alimentares saudáveis e, por isso, a um impacto positivo ao nível da gestão do peso, em contraste com a regulação controlada (Carraça et al., 2019; Pelletier et al., 2004). Assim, seria esperado que os participantes que mantiveram o peso apresentassem níveis mais elevados de regulação autónoma do comportamento alimentar.

Contudo, a ausência de relações significativas das Orientações e da Regulação do Comportamento Alimentar com a Manutenção do Peso Perdido pode dever-se à validade da medida da Manutenção do Peso Perdido. Esta variável foi avaliada pelo relato do sujeito em relação ao tempo que manteve o peso perdido, em meses, implicando a memória de dados objetivos que poderá ser a fonte de um número superior de erros (Leedy & Ormrod, 2015).

Além disso, na sua revisão sistemática Jorge et al. (2019) concluem que o estudo das variáveis que impactam a manutenção do peso perdido carece ainda da análise aprofundada de muitos determinantes potencialmente preditores. Desta forma, poderão existir variáveis com um impacto significativo nesta amostra, importantes de analisar. Diversos estudos destacam a auto monitorização do peso, alimentação e exercício (Phelan et al., 2023; Varkevisser et al., 2018); os comportamentos alimentares (Evans et al., 2019; Santos et al., 2016); a autoeficácia para a gestão do peso, exercício e alimentação (Jorge et al., 2019; Varkevisser et al., 2018); a desinibição interna (Phelan et al., 2023) e regulação emocional (Sainsbury et al., 2018).

Apesar da inexistência de relações significativas com a variável Manutenção do Peso Perdido, investigou-se a relação entre as Orientações para o Bem-estar e a Regulação do Comportamento alimentar. Nesta amostra, encontraram-se relações positivas da Orientação Extrínseca com a Amotivação, a Regulação Externa e a Regulação Introjetada; da Orientação Eudaimónica com a Regulação Identificada, a Regulação Integrada e a Motivação Intrínseca; e da Orientação Hedónica com a Motivação Intrínseca. Podemos olhar para estes resultados tendo em conta a TAD e a conceptualização das Orientações para o Bem-estar.

A Orientação Extrínseca para o Bem-estar surge com base nos motivos extrínsecos da TAD, como a popularidade e imagem (Huta & Ryan, 2010). Por isso, espera-se que esta orientação se relacione positivamente com as dimensões que compõe a Motivação Extrínseca nessa mesma teoria, nomeadamente a Regulação Externa e a Regulação Introjetada (Ryan & Deci, 2022). Tanto na Orientação Extrínseca, como na Regulação Externa e Introjetada, o comportamento alimentar é realizado com base em pressões externas ou internas que o constroem (e.g., para ser mais reconhecido e elogiado pela sua aparência). Assim, é

esperado que quanto maiores forem os níveis de Orientação Extrínseca, maiores serão os níveis de Regulação Externa e Introjetada do comportamento alimentar.

A relação positiva da Orientação Eudaimónica com a Regulação Identificada e com a Regulação Integrada é também consistente com a semelhança entre as conceptualizações destes construtos. A Orientação Eudaimónica centra-se no propósito das experiências e no progresso do sujeito ao nível das suas competências (Huta, 2015; Huta & Waterman, 2014). Esta valorização do significado das experiências e da forma como potenciam as competências do sujeito pode ser percebida tanto na Regulação Identificada como na Regulação Integrada. Nestas duas formas de regulação os comportamentos são escolhidos com base na valorização pessoal do comportamento e seus resultados (Regulação Identificada) e na sua congruência com a identidade do sujeito (Regulação Integrada) (Ryan & Deci, 2022).

A relação positiva da Orientação Eudaimónica e Hedónica com a Motivação Intrínseca é sustentada por Ryan et al. (2008). Estes autores partiram da TAD para afirmar a proximidade entre a Motivação Intrínseca e a Orientação Eudaimónica pelo foco de ambas em objetivos/atividades intrinsecamente valorizados pelos seres humanos (Ryan et al., 2008). Os autores explicam ainda que o estilo de vida hedónico se enquadra na motivação intrínseca quando os objetivos hedónicos são perseguidos pelo próprio valor que trazem (Ryan et al., 2008). Quando a Orientação Hedónica de um sujeito o leva a procurar atividades pelo próprio valor que trazem - e não pelo evitamento de responsabilidades ou ansiedades -, esta orientação aproxima-se da Motivação Intrínseca, em que os comportamentos são realizados pelo desafio/prazer que proporcionam (Ryan & Deci, 2022).

Relembrando o continuum de autodeterminação da TAD sabemos que vai de um modo menos autodeterminado/mais controlado (Amotivação; Regulação Externa; Regulação Introjetada), para um modo mais autodeterminado (Regulação Identificada; Regulação Integrada; Motivação Intrínseca): níveis superiores de autodeterminação, associados a um maior compromisso com o comportamento, resultam em consequências benéficas ao nível da saúde e bem-estar, que vão reduzindo com a aproximação do nível menos autodeterminado (Pelletier et al., 2004; Ryan & Deci, 2022). Assim, os resultados sugerem que os indivíduos com elevados traços de Orientação Eudaimónica e Hedónica - associados a níveis superiores de Regulação Identificada, Integrada e Intrínseca - regulam os seus comportamentos alimentares de forma mais autodeterminada. Consequentemente, obtêm mais benefícios de saúde decorrentes da maior capacidade de adotar e manter comportamentos alimentares saudáveis (Carraça et al., 2019; Pelletier et al., 2004; Ryan & Deci, 2022). Os indivíduos com

elevados traços de Orientação Extrínseca – associados a níveis superiores de Regulação Externa, Introjetada e Amotivação- regulam o comportamento alimentar de forma mais controlada. Por isso, têm menos capacidade de adotar e manter comportamentos alimentares saudáveis cruciais à sua saúde (Carraça et al., 2019; Pelletier et al., 2004).

Por fim, devemos ainda considerar a natureza das medidas utilizadas para avaliar estas variáveis. O facto de ambas as medidas remeterem para escalas de likert de 7 pontos pode explicar em parte a relação encontrada entre as Orientações para o Bem-estar e a Regulação do Comportamento Alimentar. Ambas consistem num conjunto de itens em que se solicita à pessoa que indique o seu nível de concordância, de 1 a 7. As comparações diretas entre diferentes variáveis são facilitadas pela utilização do mesmo tipo de escala, que proporciona uma forma consistente de medir atitudes/percepções.

Apesar de, nesta amostra, a Manutenção do Peso Perdido não sofrer o impacto das Orientações e da Regulação do Comportamento Alimentar dos participantes, poderão existir outros indicadores de peso que sofrem. Caso isso aconteça, face à existência de uma relação entre as Orientações para o Bem-estar e a Regulação do Comportamento Alimentar, é importante perceber se existe um papel mediador da Regulação do Comportamento Alimentar na relação entre as Orientações para o Bem-estar e esses indicadores de peso.

No que remete para o indicador Peso Perdido, verificou-se que níveis mais elevados de Orientação Eudaimónica estão associados a níveis superiores de Peso Perdido. Propõe-se que esta relação pode ser compreendida pela definição da Orientação Eudaimónica e das consequências associadas a níveis mais elevados desta orientação. A Orientação Eudaimónica, com um foco no significado das atividades e no desenvolvimento pessoal, confere um peso superior aos objetivos intrínsecos. Estes objetivos, ao serem valorizados internamente, estão associados a um maior nível de responsabilidade e empenho (Ryan & Deci, 2022), promovendo a manutenção do comportamento que é necessário para a sua realização (Hagger et al., 2020). Se pensarmos no objetivo de perda de peso, níveis mais elevados de Orientação Eudaimónica levarão à valorização intrínseca desse objetivo. Dessa forma, podem potenciar a manutenção de comportamentos necessários à perda de peso, culminando num número superior de kgs perdidos pelo sujeito (i.e., de peso perdido).

Contudo, não se verificaram relações significativas entre a Regulação do Comportamento Alimentar e o Peso Perdido, pelo que esta variável não poderá explicar a relação existente entre a Orientação Eudaimónica e o Peso Perdido. Sendo a relação da

Regulação do Comportamento Alimentar com os indicadores de peso um dos resultados mais esperados na literatura (e.g., Carraça et al., 2019; Pelletier et al., 2004; Teixeira et al., 2021), importa compreender a inexistência desta relação na presente amostra. Por um lado, pode dever-se à validade da medida de peso perdido, dependente da memória dos participantes, e, por outro, da heterogeneidade da amostra, com processos de perda de peso distintos em termos de peso corporal inicial e IMC. De facto, a quantidade de peso perdido também depende do peso inicial, em que um sujeito com excesso de peso poderá perder peso com maior facilidade, com uma reduzida alteração no consumo energético, do que um sujeito que esteja dentro do peso normal. Para além disso, o tipo de regulação do comportamento alimentar de um participante cujo processo de perda de peso teve lugar há *X* anos pode ter-se alterado desde então. Assim, não temos acesso à forma como regulava o seu comportamento alimentar na altura em que perdeu esse peso, mas apenas à forma como regula atualmente.

Em relação ao indicador Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder, verificaram-se níveis mais elevados de Orientação Eudaimónica e Hédonica, no grupo que cumpriu o objetivo, comparativamente com o grupo que não cumpriu. De facto, a Orientação Eudaimónica parece ser importante no cumprimento de um objetivo, pela sua associação a um foco do sujeito no desenvolvimento pleno das suas capacidades (Huta & Waterman, 2014; LeFebvre & Huta, 2021). Um sujeito que esteja focado no seu crescimento pessoal estará provavelmente mais motivado para manter os comportamentos necessários à realização dos seus objetivos. Em contraste, a Orientação Hédonica leva a que o sujeito se foque na realização de atividades que lhe proporcionam prazer/conforto a curto prazo, o que poderá levar a pensar que um sujeito com níveis superiores desta orientação não estará tão motivado para manter comportamentos necessários a um objetivo a longo prazo. Por isso, poderão surgir dúvidas em relação aos níveis mais elevados de Orientação Hédonica no grupo que cumpriu o objetivo definido. No entanto, como já vimos, quando a Orientação Hedónica leva a que o comportamento seja realizado pelo próprio valor que traz (e.g., prazer inerente), esta orientação aproxima-se da Motivação Intrínseca (Ryan et al., 2008). Ora, a Motivação Intrínseca tem sido associada a um maior compromisso com o comportamento, essencial para o cumprimento dos objetivos de perda de peso que de si dependam (Ryan & Deci, 2022). Desta forma, níveis mais elevados de Orientação Hedónica podem auxiliar o cumprimento de um objetivo (e.g., perder *x* kg) quando levam a que o comportamento que está na base desse objetivo seja realizado pelo seu valor para o sujeito na procura por uma boa vida (e.g., “alimento-me bem porque me dá prazer fazer refeições saudáveis”).

Os níveis mais elevados de Orientação Eudaimónica e Hedónica nos sujeitos que cumpriram os seus objetivos reforçam aquilo que é defendido por Huta e Ryan (2010) e por Giuntoli et al. (2020). Ao permitirem a satisfação de necessidades distintas (e.g., crescimento pessoal vs. prazer), as orientações Eudaimónica e Hedónica devem ser utilizadas de forma complementar para que o sujeito obtenha níveis superiores de bem-estar. Ao experienciar níveis superiores de bem-estar o sujeito tende a manter os comportamentos que sustentam esses níveis (e.g., alimentação saudável) (Hagger et al., 2020). O aumento de bem-estar geral, como consequência da utilização das duas orientações, pode favorecer o cumprimento de determinados objetivos pessoais (e.g., “perda de x kg”) ao potenciar a continuidade dos comportamentos necessários para os alcançar (e.g., comportamento alimentar saudável).

Ainda em relação ao indicador Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder, também se averiguaram diferenças significativas entre grupos ao nível da Regulação do Comportamento Alimentar. O grupo que não cumpriu o objetivo apresentou níveis mais elevados de Regulação Introjetada e mais baixos de Motivação Intrínseca, em comparação com o grupo que cumpriu. Estes resultados vão de encontro ao que é proposto pelo continuum de autodeterminação apresentado pela TAD (Ryan & Deci, 2022): quanto maior o nível de autodeterminação do sujeito, maior a sua capacidade de manter o comportamento (e.g., comportamento alimentar saudável) e, dessa forma, maior a probabilidade de atingir determinado objetivo que dependa desse comportamento (e.g., nº de quilogramas a perder). Assim, quando o sujeito apresenta uma regulação do comportamento mais autodeterminada - Regulação Identificada, Integrada e Intrínseca - tende a empenhar-se mais na aquisição de resultados positivos e cumprimento de objetivos (Ryan & Deci, 2022). Efetivamente, tal como se verificou, a Motivação Intrínseca, correspondente ao nível mais elevado de autodeterminação, tem revelado um impacto positivo sobre a adoção e manutenção de comportamentos alimentares saudáveis, necessários a objetivos de peso (E.g., Carraça et al., 2019; Pelletier et al., 2004). Em contraste, quando um sujeito apresenta uma regulação mais controlada do comportamento - Regulação Introjetada, Externa e Amotivação -, a tendência para abandonar o comportamento é superior, uma vez que a pressão externa para a sua realização pode deixar de ocorrer, ou o próprio comportamento pode tornar-se inconveniente para o sujeito (Lavergne & Pelletier, 2015) - e.g., “vim viver sozinha, já não preciso de comer bem para não me sentir envergonhada”. Assim, como nos mostram os resultados, a Regulação Introjetada tem sido associada a um registo superior de comportamentos alimentares que

prejudicam o sujeito e, conseqüentemente, o cumprimento de objetivos ligados à gestão do seu peso (Carraça et al., 2019; Pelletier et al., 2004; Ryan & Deci, 2022).

Contudo, a inexistência de relação do Cumprimento Objetivo de Kgs a Perder com os outros tipos de regulação do comportamento alimentar, limita a confiança nestas conclusões. Os erros de medição e a variância amostral elevada podem impactar esta análise e mascarar a relação entre as variáveis.

Na testagem dos modelos de mediação com as variáveis que demonstraram relações significativas entre elas, não se verificou a existência de mediação pela Regulação do Comportamento Alimentar. Ou seja, a Regulação do Comportamento Alimentar não explica a relação entre as Orientações e o Cumprimento do Objetivo de kgs a Perder. A inexistência de mediação pode dever-se aos valores de Lambda obtidos nas análises discriminantes, que indicam funções com baixo poder discriminativo. Pode também apontar para a presença de outros mediadores que expliquem melhor a relação entre as Orientações e o Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder, ou mesmo variáveis que deveriam ser controladas, nomeadamente variáveis psicossociais que impactem a procura e conquista de objetivos.

Neste âmbito, Milyavskaya e Werner (2021) propuseram um modelo integrativo de procura e conquista de objetivos – “Integrative Model of Goal Pursuit” –, em que afirmam que a conquista dos objetivos varia de pessoa para pessoa, consoante o valor que atribuem às metas, a perceção de autoeficácia para a sua realização e o esforço e recursos que consideram necessários para alcançá-las. Nesse sentido, o modelo destaca o impacto de diferenças contextuais e individuais associadas, por exemplo, à idade e fase de vida, em que pessoas mais velhas tendem a definir metas mais alinhadas com os seus valores e interesses, facilitando a sua conquista; e aos traços de personalidade, como a conscienciosidade (Corker et al., 2012), o autocontrolo (Galla & Duckworth, 2015), o otimismo (Monzani et al., 2015) e outros traços individuais como o *mindfulness* (Smyth et al., 2020) e a procrastinação (Grund & Fries, 2018), que tendem a afetar a conquista de objetivos.

Na investigação sobre a gestão do peso Sutin et al. (2013) tinham já verificado níveis mais baixos de conscienciosidade (organização, autodisciplina, etc.) e mais elevados de neuroticismo (ansiedade, insegurança, etc.) nos indivíduos com um IMC mais elevado. Nesse estudo, o aumento de peso surgiu associado à falta de autodisciplina/controlo e a um nível superior de impulsividade (Sutin et al., 2013). Por outro lado, Keller e Siegrist (2015) identificaram que níveis mais elevados de conscienciosidade estão associados a uma maior

capacidade de controlo da alimentação e consequente perda de peso. Os estudos referidos identificam variáveis associadas a diferenças individuais ao nível da autorregulação, idade e traços de personalidade que parecem importantes para a gestão do peso e cumprimento de objetivos associados à perda de peso, podendo, por isso, afetar as relações analisadas.

### **Limitações e Estudos Futuros**

Apesar das contribuições deste estudo, é necessário abordar as suas limitações. Primeiramente, o uso de regressões lineares para analisar a relação entre as variáveis em estudo implica a existência de predições, i.e., a assunção de que existe um conjunto de variáveis independentes que predizem o valor da variável dependente. No entanto, este foi um estudo correlacional, transversal, com a medição a ocorrer num único momento. Assim sendo, não permite estabelecer inferências causais, mas apenas concluir sobre a existência de relações significativas, bidirecionais (Leedy & Ormrod, 2015). Para além disso, utilizou-se um método não aleatório para selecionar os participantes do estudo. Assim, a amostra não é representativa e a generalização dos resultados não é possível (Ministry of Health, 2023).

Adicionalmente, na amostra em estudo os modelos das escalas apresentaram uma qualidade de ajustamento sofrível, no caso da HEMMA, e bom a sofrível, no caso da REBS, indicando a presença de algumas inconsistências ou inadequações em relação aos dados, mas não a ponto de serem considerados inadequados. Especificamente, a HEEMA apresentou índices de covariância entre resíduos de itens pertencentes à Orientação Eudaimónica e à Hedónica que não devem ser totalmente ignorados, uma vez que podem sugerir que os fatores não são independentes ou a existência de outras dimensões hierarquicamente superiores que devem ser incluídas no modelo (Marôco, 2014). Estes índices são congruentes com a inexistência de validade discriminante entre estas dimensões. De facto, estes resultados vão de encontro ao que é referido na literatura, sugerindo que a Orientação Hedónica e Eudaimónica não são assimétricas, devendo ser usadas de forma complementar para que possam ser atingidos níveis superiores de bem-estar (Giuntoli et al., 2020; Huta & Ryan, 2010). Contudo, nesta escala também se verificou a existência de três itens com pesos fatoriais e fiabilidade individual inadequados: o item 10 - “Procurar contribuir para o bem-estar dos outros ou do mundo à volta?” – da Orientação Eudaimónica, e o item 1 - “Procurar relaxar?” – e 16 – “Procurar tornar as coisas confortáveis?” – da Orientação Hedónica. A análise do seu conteúdo pode sugerir a ocorrência de um enviesamento do sujeito na resposta a estes itens pelo efeito da desejabilidade social, em que este poderá de forma intencional (ou não) dar uma resposta que se afaste da realidade com o objetivo de passar uma impressão favorável

sobre si (Leddy & Ormrod, 2015). Este enviesamento nas respostas poderá também explicar a o valor da validade convergente das dimensões Eudaimónica e Hedónica, com  $VEM < .5$ .

No caso da REBS, verificou-se a existência de dois itens com pesos fatoriais e fiabilidade individual inadequados: o item 3 – “Porque é o que é esperado de mim” – da Regulação Externa -, e o item 6 - “Eu não sei. Não consigo perceber como é que os meus esforços para comer de forma saudável contribuem para a minha saúde” – da Amotivação. Estes valores indicam possíveis problemas de ajustamento local. A validade convergente também se revelou abaixo do valor recomendado nas dimensões Amotivação e Regulação Introjetada. No caso da Amotivação, este resultado pode dever-se ao peso fatorial mais baixo do item 6. Por outro lado, as respostas dos participantes a esta escala com valores médios mais reduzidos ao nível da Amotivação e Regulação Introjetada podem sugerir a presença do efeito da desejabilidade social. Este efeito, ao condicionar as respostas do sujeito, pode aumentar a variância de erro nos itens da escala, levando a problemas de validade convergente (Leddy & Ormrod, 2015). Não se pode concluir com certeza o porquê destes resultados, contudo, estes podem sugerir a análise mais aprofundada das dimensões destas escalas em amostras heterogéneas a nível sociodemográfico e cultural.

As medidas de peso estão também associadas a limitações ao dependerem do relato dos participantes. A natureza das repostas por autorrelato da maioria destas medidas pode levar a vieses de resposta devido a dificuldades de memória de dados objetivos (e.g., peso perdido), sobre/subestimações e desejabilidade social, que reduzem a confiança nos resultados (Leddy & Ormrod, 2015). Ao questionarmos os participantes sobre eventos passados (e.g., processo de perda de peso) confiamos nas suas memórias, que geralmente levam a um nível de imprecisão superior (Leedy & Ormrod, 2015; Wheelan, 2013).

Na operacionalização destas medidas também não se teve em conta o critério de que para uma manutenção bem-sucedida deve verificar-se uma variação de peso inferior a 3% em relação ao novo peso corporal durante pelo menos um ano (Wing & Hill, 2001; Wing & Phelan, 2005). Uma vez que não era possível controlar essa variação com um estudo transversal dependente da memória dos participantes, apenas se considerou que para a manutenção bem-sucedida o peso perdido teria de ser mantido durante pelo menos 1 ano. Este critério poderá ter excluído sujeitos que, apesar de não terem mantido o peso na sua totalidade, tiveram uma variação inferior a 3% em relação ao novo peso corporal, durante pelo menos 1 ano. Estes sujeitos poderiam, por isso, contribuir para clarificar alguma das relações em estudo. Assim, estudos futuros mais compreensivos deveriam incluir medidas físicas reais (e.g., balança;

fitband) para medir as variáveis de peso. Nomeadamente estudos longitudinais com o acompanhamento de todo o processo de perda e manutenção do peso face à sua complexidade (antes, durante e após a perda de peso), permitindo o estabelecimento de inferências causais.

A qualidade reduzida dos indicadores de peso é reforçada pela limitação da sua utilidade na variância da amostra. A heterogeneidade e dispersão da amostra ao nível das medidas de peso (e.g., Início do processo; IMC; Peso perdido), com um número reduzido de participantes ( $N \leq 143$ ), pode dificultar a interpretação dos efeitos das variáveis, nomeadamente de um dos resultados mais esperados: a relação entre a regulação do comportamento alimentar e os indicadores de peso. As diferenças individuais e a existência de *outliers* - com participantes obesos, com peso normal e abaixo do peso -, podem mascarar tendências gerais que existam (Pallant, 2016). Assim, em estudos futuros, a identificação de subgrupos de indivíduos (e.g., excesso de peso; peso normal; abaixo do peso), com a avaliação de variáveis de interesse específicas a cada grupo, poderá ser importante.

Também é necessário ter em conta a natureza da amostra, com pessoas que passaram por um (ou mais) processo de perda de peso. Quem serão as pessoas que se envolvem nestes processos? O que as motiva e distingue? Podemos ter pessoas que se envolvem neste tipo de processos por razões totalmente distintas, exigindo uma abordagem diferente da verificada. Por exemplo, ao falarmos de pessoas insatisfeitas com o seu peso/corpo, esperamos níveis inferiores de bem-estar, associados a maiores níveis de stress e depressão e menores de autoestima (e.g., Hicks et al., 2022). Será que expor estas pessoas a um conjunto de perguntas sobre o seu peso afeta as suas respostas e o envolvimento com o estudo?

A própria definição do processo de perda de peso carece de precisão, sendo apenas perguntado ao participante se esteve envolvido num processo de perda de peso, sem especificar no que isso consiste. Num processo desta natureza é necessária a consideração dos fatores envolvidos no balanço energético - gasto de energia e ingestão alimentar -, uma vez que para a perda de peso esse balanço tem de ser negativo (DGS, 2018). Assim, o sujeito tem de se envolver ativamente na regulação do seu balanço energético (DGS, 2018). Deste modo, ficam por conhecer os comportamentos inerentes à perda de peso dos participantes, que podem influenciar a sua capacidade de manutenção do peso perdido no futuro.

Por fim, relembra-se a relação da Orientação Hedónica e Eudaimónica com o Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder. Face à associação de níveis superiores de bem-estar à utilização equilibrada das duas orientações pelo mesmo indivíduo (e.g., Giuntoli et al.,

2020), seria interessante analisar a relação entre a orientação individual para o bem-estar e o cumprimento de objetivos pelo indivíduo. Assim, verificar-se-ia se os indivíduos que seguem os dois caminhos, i.e., com níveis elevados de Orientação Eudaimónica e Hedónica, são, de facto, aqueles que experienciam maiores níveis de sucesso no cumprimento de objetivos.

## **Conclusão**

Este estudo apresenta contributos importantes. Desde logo, foca-se em questões de saúde de enorme relevância na atualidade - a obesidade e excesso de peso - pretendendo contribuir para o conhecimento de um conjunto de variáveis psicológicas que afetam a gestão do peso pelos sujeitos. Nesse âmbito, destaca questões pouco discutidas na literatura revista, explorando o papel de variáveis cruciais para o comportamento humano, as Orientações para o Bem-estar, sobre a já estudada relação entre a regulação do comportamento alimentar e a gestão do peso. Dessa forma, abre caminho para a análise de relações que poderão orientar futuras intervenções ou até mesmo servir de base para que o próximo psicólogo clínico e da saúde ajude pacientes com comportamentos alimentares prejudiciais ou excesso de peso.

A relação entre as Orientações para o Bem-estar e a Regulação do Comportamento Alimentar sugere que os indivíduos com níveis superiores de Orientação Eudaimónica e Hedónica apresentam uma regulação do comportamento alimentar mais autodeterminada; enquanto níveis superiores de Orientação Extrínseca se associam a uma regulação mais controlada. Dessa forma, conhecer os traços dos sujeitos ao nível das suas Orientações pode ajudar a compreender os seus resultados de regulação do comportamento alimentar. Esta compreensão permite que esses traços sejam trabalhados para promover o envolvimento com comportamentos alimentares mais saudáveis, através de uma regulação mais autodeterminada.

Por outro lado, as relações parciais que as Orientações e a Regulação do Comportamento Alimentar parecem estabelecer com outros indicadores de peso levantam questões interessantes cujo esclarecimento pode auxiliar os processos de perda de peso. A associação positiva do Peso Perdido com a Orientação Eudaimónica sugere que nesses processos poderá ser importante trabalhar o foco do sujeito no significado do processo e no desenvolvimento das suas competências (aspetos-chave da Orientação Eudaimónica).

Além disso, os níveis mais elevados de Orientação Eudaimónica e Hedónica nos participantes que cumpriram o objetivo de kgs a perder sugerem que as Orientações para o Bem-estar têm algum poder explicativo sobre o cumprimento de objetivos por parte do indivíduo, nomeadamente de perda de peso. Confirmando esta relação em estudos futuros, ao

sabermos que um indivíduo apresenta, por exemplo, níveis elevados de Orientação Eudaimónica e níveis baixos de Orientação Hedónica, poderemos trabalhar com o mesmo a procura por prazer e conforto nas atividades que realiza, associados à Orientação Hedónica. O objetivo é que o sujeito utilize as duas orientações de forma equilibrada para que possa atingir níveis superiores de bem-estar, essenciais à realização das suas metas (e.g., perder 10 kg). Por sua vez, as relações encontradas entre a Regulação do Comportamento Alimentar e o Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder sugerem que conhecer o tipo de regulação do comportamento alimentar de um sujeito pode ajudar a compreender o cumprimento (ou não) dos objetivos de peso a que se propõe. Assim, seria interessante perceber se, de facto, quanto mais autodeterminada for a regulação do comportamento alimentar dos sujeitos, maior a sua capacidade para cumprir o objetivo de kgs a perder que definiram. Esta confirmação sustentaria a realização de um trabalho com os indivíduos em que se promovesse a regulação autodeterminada para a manutenção de comportamentos alimentares saudáveis.

Por fim, apesar de os resultados não permitirem a sua clarificação, a questão principal do estudo – “Será que o tipo de Regulação do Comportamento Alimentar explica a relação entre as Orientações para o Bem-estar e a Manutenção do Peso Perdido?” – pode inspirar um importante ramo de investigação para a gestão do peso perdido. A análise das Orientações para o Bem-estar enquanto variáveis que permitem perceber as diferenças dos sujeitos ao nível das prioridades e motivos que guiam os seus comportamentos (Huta & Waterman, 2014) parece importante para compreender a forma como regulam o seu comportamento alimentar e a capacidade de manter o peso perdido. Huta (2016) reforça que temos uma escolha mais direta sobre como nos “orientamos” na vida do que sobre o nosso funcionamento ou experiências. Ou seja, as “formas de viver”, expressas pelas orientações, são alvos de intervenção mais diretos do que os resultados que de si decorrem. Assim, sendo esperada uma relação positiva entre a regulação autónoma do comportamento alimentar e os indicadores de perda e manutenção do peso perdido, seria interessante perceber o papel das orientações nesta relação, podendo contribuir para futuras intervenções sobre o excesso de peso.

## Referências

- Bégin, C., Fecteau, C. M., Bédard, A., Senécal, C., & Ratté, C. (2018). Disordered eating behaviors through the lens of self-determination theory. *European Journal Psychology*, *14*(3), 571–580. DOI: 10.5964/ejop.v14i3.1577
- Bray, G. A. (2004). Medical consequences of obesity. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *89*, 2583–2589. DOI: 10.1210/jc.2004-0535
- Bujacz, A., Vittersø, J., Huta, V., & Kaczmarek, L. D. (2014). Measuring hedonia and eudaimonia as motives for activities: Cross-national investigation through traditional and Bayesian structural equation modeling. *Frontiers in Psychology*, *5*. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.00984
- Carraça, E. V., Leong, S. L., & Horwath, C. (2019). Weight-focused physical activity is associated with poorer eating motivation quality and lower intuitive eating in women. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *119*(5), 750–759. DOI: 10.1016/j.jand.2018.09.011
- Corker, K. S., Oswald, F. L., & Donnellan, M. B. (2012). Conscientiousness in the classroom: A process explanation. *Journal of Personality*, *80*(4), 995–1028. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2011.00750.x>
- Chu, D.-T., Thi Minh Nguyet, N., Thi Nga, V., Vu Thai Lien, N., Duy Vo, D., Lien, N., Truong Nhu Ngoc, V., Hoang Son, L., Le, D.-H., Bich Nga, V., Van Tu, P., Van To, T., Song Ha, L., Tao, Y., & Pham, V.-H. (2019). An update on obesity: Mental consequences and psychological interventions. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, *13*, 155–160. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2018.07.015>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, *11*(4), 227–268. [https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01)
- DGS – Direção-Geral da Saúde. (2018). *Perda e Manutenção de Peso: A Obesidade como um Grave Problema de Saúde*. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2020/01/Perda-e-Manuten%C3%A7%C3%A3o-de-peso-Fact-Sheet-1.pdf>
- Dunn, C., Haubenreiser, M., Johnson, M., Nordby, K., Aggarwal, S., Myer, S., & Thomas, C. (2018). Mindfulness approaches and weight loss, weight maintenance, and weight regain. *Current Obesity Reports*, *7*, 37–49. <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0299-6>

- Evans, E. H., Sainsbury, K., Marques, M. M., Santos, I., Pedersen, S., Lähteenmäki, L., Teixeira, P. J., Stubbs, R. J., Heitmann, B. L., & Sniehotta, F. F. (2019). Prevalence and predictors of weight loss maintenance: a retrospective population-based survey of European adults with overweight and obesity. *Journal of Human Nutrition and Dietetics: The Official Journal of the British Dietetic Association*, *32*(6), 745–753. DOI: 10.1111/jhn.12666
- Feig, E. H., Piers, A. D., Kral, T. V., & Lowe, M. R. (2018). Eating in the absence of hunger is related to loss-of-control eating, hedonic hunger, and short-term weight gain in normal-weight women. *Appetite*, *123*, 317-324. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.01.013>
- Galla, B. M., & Duckworth, A. L. (2015). More than resisting temptation: Beneficial habits mediate the relationship between self-control and positive life outcomes. *Journal Of Personality And Social Psychology*, *109*(3). DOI: 10.1037/pspp0000026
- Gauthier, A. J., Guertin, C., & Pelletier, L. G. (2022). Motivated to eat green or your greens? Comparing the role of motivation towards the environment and for eating regulation on ecological eating behaviours—A Self-Determination Theory perspective. *Food Quality and Preference*, *99*. DOI: 10.1016/j.foodqual.2022.104570
- Giuntoli, L., Conдини, F., Ceccarini, F., Huta, V., & Vidotto, G. (2020). The different roles of hedonic and eudaimonic motives for activities in predicting functioning and well-being experiences. *Journal of Happiness Studies*, *22*, 1657-1671. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00290-0>
- Gregório, M. J., Guedes, L., & Sousa, S. M. (2019). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – 2019*. Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde: Lisboa, Portugal.
- Grund, A., & Fries, S. (2018). Understanding procrastination: A motivational approach. *Personality and Individual Differences*, *121*, 120–130. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.09.035>
- Guertin, C., Pelletier, L., & Pope, P. (2019). The validation of the Healthy and Unhealthy Eating Behavior Scale (HUEBS): Examining the interplay between stages of change and motivation and their association with healthy and unhealthy eating behaviors and physical health. *Appetite*, *144*. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104487>

- Hagger, M. S., & Protogerou, C. (2020). Self-determination theory and autonomy support to change healthcare behavior. In A. Hadler, S. Sutton & L. Osterberg (Eds.), *The Wiley handbook of healthcare treatment engagement: Theory, research, and clinical practice*, pp. 141-158. John Wiley & Sons Ltd.  
[https://www.researchgate.net/publication/353513664\\_Hagger\\_Protogerou\\_2020\\_Self-determination\\_theory\\_and\\_autonomy\\_support\\_to\\_change\\_healthcare\\_behavior](https://www.researchgate.net/publication/353513664_Hagger_Protogerou_2020_Self-determination_theory_and_autonomy_support_to_change_healthcare_behavior)
- Harari, Y. N. (2020). *Sapiens: História breve da humanidade* (24th ed.). Elsinore.
- Herdade, M. F. (2021). *Bem-Estar e Atividade Física em Estudantes do Ensino Superior* (Tese de mestrado em Universidade da Beira Interior). Repositório Digital da UBI.  
<http://hdl.handle.net/10400.6/11734>
- Hicks, R. E., Kenny, B., Stevenson, S., & Vanstone, D. M. (2022). Risk factors in body image dissatisfaction: gender, maladaptive perfectionism, and psychological wellbeing. *Heliyon*, 8(6). DOI: 10.1016/j.heliyon.2022.e09745
- Hussain, A., Mahawar, K., Xia, Z., Yang, W., & El-Hasani, S. (2020). Obesity and mortality of COVID-19. Meta-analysis. *Obesity Research & Clinical Practice*, 14(4), 295–300.  
<https://doi.org/10.1016/j.orcp.2020.07.002>
- Huta, V. (2015). An overview of hedonic and eudaimonic well-being concepts. In L. Reinecke & M. B. Oliver (Eds.), *Handbook of media use and well-being*. New York: Routledge.
- Huta, V. (2016). Eudaimonic and hedonic orientations: Theoretical considerations and research findings. In J. Vittersø (Ed.), *Handbook of Eudaimonic Well-being*, pp. 215–231. Springer International Publishing/Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-42445-3\\_15](https://doi.org/10.1007/978-3-319-42445-3_15)
- Huta, V., & Ryan, R. M. (2010). Pursuing pleasure or virtue: The differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives. *Journal of Happiness Studies*, 11, 735–762. DOI: 10.1007/s10902-009-9171-4
- Huta, V., & Waterman, A. S. (2014). Eudaimonia and its distinction from hedonia: Developing a classification and terminology for understanding conceptual and operational definitions. *Journal of happiness studies*, 15, 1425-1456. DOI: 10.1007/s10902-013-9485-0

- Jorge, R., Santos, I., Carraça, E. V., Teixeira, V. H., & Teixeira, P. J. (2019). Preditores comportamentais e psicossociais da perda e Manutenção do Peso Perdido a longo prazo: uma revisão conceptual de revisões. *Acta Portuguesa De Nutrição, 17*, 16-20. | <http://dx.doi.org/10.21011/apn.2019.1703>
- Kasser, T., & Ryan, R. M. (2001). Be careful what you wish for: Optimal functioning and the relativ attainment of intrinsic and extrinsic goals. In P. Schmuck & K. Sheldon (Eds.), *Life goals and wellbeing: Towards a positive psychology of human striving* (pp. 116–131). Cambridge: Hogrefe & Huber Publishers.
- Kato, Y., Kojima, A., & Hu, C. (2022). Relationships between IKIGAI well-being and motivation for autonomous regulation of eating and exercise for health - included the relevance between sense of coherence and social support. *International Journal of Behavioral Medicine, 30*(3), 376-387. DOI: 10.1007/s12529-022-10098-
- Keller, C., & Siegrist, M. (2015). Does personality influence eating styles and food choices? Direct and indirect effects. *Appetite, 84*, 128-138. DOI: 10.1016/j.appet.2014.10.003
- Kline, R. B. (2010). *Principles and practice of structure equation modeling*. New York: The Guilford Press.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). Guilford Press.
- Lavergne, K., & Pelletier, L. G. (2015). Predicting individual differences in the choice of strategy to compensate for attitude-behavior inconsistencies in the environmental domain. *Journal of Environmental Psychology, 44*, 135–144. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2015.10.001>
- Leedy, P. D., & Ormrod, J. E. (2015). *Practical research: Planning and design* (11th ed.). Pearson Education Limited.
- LeFebvre, A., & Huta, V. (2021). Age and gender differences in eudaimonic, hedonic, and extrinsic motivations. *Journal of Happiness Studies, 22*(5), 2299-2321. DOI:10.1007/s10902-020-00319-4
- Marôco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3th ed.). Sílabo, Lisboa.
- Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais – Fundamentos teóricos, software e aplicações* (2nd ed.). ReportNumber.

- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de psicologia* 4(1), 65-90.  
<https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204%281%29%20-%2065-90.pdf>
- Milyavskaya, M., & Werner, K. M. (2021). An integrative model of goal pursuit. Department of Psychology, Carleton University. DOI: 10.31234/osf.io/qydpv
- Ministry of Health. (2023). *Research methodology manual* (1st ed.). Ministry of Health.  
[https://phim.health.gov.mw/wp-content/uploads/2024/03/RESEARCH-METHODOLOGY-MANUAL-DOCUMENT\\_opt.pdf](https://phim.health.gov.mw/wp-content/uploads/2024/03/RESEARCH-METHODOLOGY-MANUAL-DOCUMENT_opt.pdf)
- Monzani, D., Steca, P., Greco, A., D'Addario, M., Pancani, L., & Cappelletti, E. (2015). Effective pursuit of personal goals: The fostering effect of dispositional optimism on goal commitment and goal progress. *Personality and Individual Differences*, 82, 203–214. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.019>
- Moreno, C., & Rodrigues, D. (2018). Como diagnosticar? In A. Galvão-Teles (Eds.), *Tratamento não cirúrgico da obesidade do adulto* (pp. 21-25).
- NHLBI. (1998). Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: The evidence report. *Obesity Research*, 6.
- Nordmo, M., Danielsen, Y. S., & Nordmo, M. (2019). The challenge of keeping it off, a descriptive systematic review of high-quality, follow-up studies of obesity treatments. *Obesity Reviews*, 21(1). DOI: 10.1111/obr.12949
- Paixão, C., Dias, C. M., Jorge, R., Carraça, E. V., Yannakoulia, M., de Zwaan, M., Soini, S., Hill, J. O., Teixeira, P. J., & Santos, I. (2020). Successful weight loss maintenance: a systematic review of weight control registries. *Obesity Reviews*, 21(5), 1-15. DOI: 10.1111/obr.13003
- Pallant, J. (2016). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using imb spss* (6th ed.). McGraw-Hill Education.
- Pelletier, L. G., Dion, S. C., Slovinec-D'Angelo, M., & Reid, R. (2004). Why do you regulate what you eat? Relationships between forms of regulation, eating behaviors, sustained dietary behavior change, and psychological adjustment. *Motivation and Emotion*, 28(3), 245-277. DOI:10.1023/B:MOEM.0000040154.40922.14
- Pelletier, L., Guertin, C., Pope, J., & Rocchi, M. (2016). Homeostasis balance, homeostasis imbalance or distinct motivational processes? Comments on Marks (2015) 'Homeostatic

- Theory of Obesity'. *Health Psychology Open*, 3(1), 1–4.  
<https://doi.org/10.1177/2055102915624512>
- Phelan, S., Cardel, M., Lee, A. M., Alarcon, N., & Foster, G. D. (2023). Behavioral, psychological, and environmental predictors of weight regain in a group of successful weight losers in a widely available weight-management program. *Obesity*, 31, 2709-2719. DOI: 10.1002/oby.23903
- Putterman, E., & Linden, W. (2004). Appearance vs health: Does the reason for dieting affect dieting behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 72(2), 185–204.  
DOI:10.1023/B:JOBM.0000019851.37389.a7
- Ramos, L. A., Mira, T., & Costa, A. (2018). Psychometric properties of the portuguese version of the Hedonic, Eudaimonic, and Extrinsic Motives for Activities scale (HEEMA). Unpublished data, University of Beira Interior, Department of Psychology and Education.
- Robinson, E., Roberts, C., Vainik, U., & Jones, A. (2020). The psychology of obesity: An umbrella review and evidence-based map of the psychological correlates of heavier body weight. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 119.  
DOI:10.1016/j.neubiorev.2020.10.009
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. The Guilford Press. <https://doi.org/10.1521/978.14625/28806>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2022). Self-Determination Theory. In F. Maggino (Ed.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (pp. 1-7). Springer.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-319-69909-7\\_2630-2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-69909-7_2630-2)
- Ryan, R. M., Huta, V., & Deci, E. L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170. DOI 10.1007/s10902-006-9023-4
- Safaei, M., Sundararajan, E. A., Driss, M., Boulila, W., & Shapi'i, A. (2021). A systematic literature review on obesity: Understanding the causes & consequences of obesity and reviewing various machine learning approaches used to predict obesity. *Computers in Biology and Medicine*, 136. <https://doi.org/10.1016/j.compbimed.2021.104754>
- Sainsbury, K., Evans, E. H., Pedersen, S., Marques, M. M., Teixeira, P. J., Lähteenmäki, L., Stubbs, R. J., Heitmann, B. L., & Sniehotta, F. F. (2018). Attribution of weight regain to

- emotional reasons amongst European adults with overweight and obesity who regained weight following a weight loss attempt. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24, 351-361. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0487-0>
- Salerno, A., Laran, J., & Janiszewski, C. (2014). Hedonic eating goals and emotion: When sadness decreases the desire to indulge. *Journal of Consumer Research*, 41(1), 135-151. <https://doi.org/10.1086/675299>
- Salvy, S. J., Elmo, A., Nitecki, L. A., Kluczynski, M. A., & Roemmich, J. N. (2011). Influence of parents and friends on children's and adolescents' food intake and food selection. *American Journal of Clinical Nutrition*, 93, 87-92. DOI: 10.3945/ajcn.110.002097
- Santos, I., Vieira, P. N., Silva, M. N., Sardinha, L. B., & Teixeira, P. J. (2016). Weight control behaviors of highly successful weight loss maintainers: the Portuguese Weight Control Registry. *Journal of Behavioral Medicine*, 40(2), 366–371. DOI: 10.1007/s10865-016-9786-y
- Santos, I., Vieira, P. N., & Teixeira, P. J. (2014). Perfil comportamental de adultos portugueses com sucesso na Manutenção do Peso Perdido: o Registo nacional de controlo do Peso. *Revista Fatores de Risco*, 50-55.
- Sarwer, D. B., & Polonsky, H. M. (2016). The psychosocial burden of obesity. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 45(3), 677-688. DOI: 10.1016/j.ecl.2016.04.016
- Sharpe, K. M., Staelin, R., & Huber, J. (2008). Using extremeness aversion to fight obesity: Policy implications of context dependent demand. *Journal of Consumer Research*, 35(3), 406-422. <https://doi.org/10.1086/587631>
- Sheldon, K. M., & Kasser, T. (2001). Getting older, getting better? Personal strivings and psychological maturity across the life span. *Developmental Psychology*, 37(4), 491-501. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.4.491>
- Silva, M. L. (2020). *Exercício físico e bem-estar: motivos hedónicos e eudaimónicos* (Tese de mestrado em Universidade da Beira Interior). Repositório Digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/11734>
- Silva, M. N., Sánchez-Oliva, D., Brunet, J., Williams, G. C., Teixeira, P. J., & Palmeira, A. L. (2017). "What goes around comes around": antecedents, mediators, and consequences of

- controlling vs. need-supportive motivational strategies used by exercise professionals. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(1). 707-717. DOI 10.1007/s12160-017-9894-0
- Smyth, A. P. J., Werner, K. M., Milyavskaya, M., Holding, A., & Koestner, R. (2020). Do mindful people set better goals? Investigating the relation between trait mindfulness, self-concordance, and goal progress. *Journal of Research in Personality*, 88. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2020.104015>
- Sniehotta, F. F., Simpson, S. A., & Greaves, C. J. (2014). Weight loss maintenance: An agenda for health psychology. *British Journal of Health Psychology*, 19, 459-464. DOI: 10.1111/bjhp.12107
- Spreckley, M., Seidell, J., & Halberstadt, J. (2021). Perspectives into the experience of successful, substantial long-term weight-loss maintenance: a systematic review. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1). DOI: 10.1080/17482631.2020.1862481
- Sutin, A. R., Costa, P. T., Jr., Chan, W., Milaneschi, Y., Eaton, W. W., Zonderman, A. B., Ferrucci, L., & Terracciano, A. (2013). I know not to, but I can't help it: Weight gain and changes in impulsivity-related personality traits. *Psychological Science*, 24(7), 1323–1328. <https://doi.org/10.1177/0956797612469212>
- Tanaka, J. S. (1987). "How big is big enough?": Sample size and goodness of fit in structural equation models with latent variables. *Child development*, 58(1), 134-146. DOI: 10.2307/1130296
- Teixeira, R. J., Machado, J. C., Faria, S., Remondes-Costa, S., Brandão, T., Branco, M., Moreira, S., & Pereira, M. G. (2019). Brief emotional screening in oncology: Specificity and sensitivity of the emotion thermometers in the Portuguese cancer population. *Palliative & Supportive Care*, 18(1), 39-46. <https://doi.org/10.1017/S1478951519000208>
- Teixeira, D. S., Pelletier, L., Encantado, J., Marques, M. M., Rodrigues, B., & Carraça, E. V. (2020). Adaptation and validation of the portuguese version of the regulation of eating behavior scale (REBSp). *Appetite*, 156. DOI: 10.1016/j.appet.2020.104957
- Tice, D. M., & Bratslavsky, E. (2000). Giving in to feel good: The place of emotion regulation in the context of general self-control. *Psychological Inquiry*, 11(3), 149–59. DOI:10.1207/S15327965PLI1103\_03

- Varkevisser, R. D. M., van Stralen, M. M., Kroeze, W., Ket, J. C. F., & Steenhuis, H. M. (2018). Determinants of weight loss maintenance: A systematic review. *Obesity Reviews*, 20, 171–211. DOI: 10.1111/obr.12772
- Vieira, P. N., Teixeira, P., Sardinha, L. B., Santos, T., Coutinho, S., Mata, J., & Silva, M. N. (2014). Sucesso na Manutenção do Peso Perdido em Portuga: o Registo Nacional de Controlo do Peso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 83-92. DOI: 10.1590/1413-81232014191.2117
- Vogels, N., Diepvens, K., & Westerterp-Plantenga, M. S. (2005). Predictors of long-term weight maintenance. *Obesity Research*, 13(12), 2162-2168. DOI: 10.1038/oby.2005.268
- Wadden, T. A., & Sarwer, D. B. (2006). Behavioral assessment of candidates for bariatric surgery: a patient-oriented approach. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 2(2), 171–179. DOI:10.1016/j.soard.2006.03.011
- Wen, J., & Miao, M. (2022). Relationships between meaning in life, positive and negative affect, and eating behaviors: A daily diary study. *Journal of Happiness Studies*, 23(6), 1315-1331. DOI:10.1007/s10902-021-00450-w
- Wing, R. R., & Hill, J. O. (2001). Successful weight loss maintenance. *Annual Review of Nutrition*, 21, 323–341. DOI: 10.1146/annurev.nutr.21.1.323
- Wing, R. R., & Phelan, S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82(1), 222S-225S. DOI: 10.1093/ajcn/82.1.222S
- World Health Organization – WHO. (2015). *European Food Action Plan 2015-2020*. WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization – WHO. (2020). *WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour*. World Health Organization.
- World Health Organization – WHO. (2022). *WHO European regional obesity report 2022*. WHO Regional Office for Europe.

## **Anexos**

### **Anexo A. Termómetros Emocionais**

**Anexo B. Hedonic, Eudaimonic, and Extrinsic Motives for Activities scale (HEEMA)**

## **Anexo C. Regulation of Eating Behavior Scale (REBS)**

## Anexo D. Questionário Qualtrics

### Comportamento Alimentar e Gestão do Peso

#### Start of Block: Apresentação do estudo

Este estudo insere-se no âmbito de uma tese de Mestrado em Psicologia da Saúde, realizada no Ispa – Instituto Universitário. Tem como objetivo estudar a relação entre o bem-estar, a Regulação do Comportamento Alimentar e a Manutenção do Peso Perdido, para **aumentar o conhecimento e a capacidade de resposta à problemática do excesso de peso e da obesidade.**

Para tal, pretende-se recolher dados de **pessoas com mais de 18 anos, que tenham passado por um processo de perda de peso nos últimos 5 anos.**

Convidamo-lo a participar nesta fase da investigação através do preenchimento das questões que encontrará nas páginas seguintes. O preenchimento deste questionário terá uma **duração total aproximada de 10/15 minutos.**

**A participação neste estudo é totalmente voluntária**, podendo interromper ou desistir de participar até o momento em que submeter o questionário, uma vez que após a submissão não será possível identificar o seu questionário individual. **Caso decida desistir, não sofrerá qualquer prejuízo.**

**Garante-se o anonimato e confidencialidade dos dados, não lhe sendo pedido que se identifique em nenhuma parte do questionário.** Os dados serão apenas e exclusivamente utilizados no âmbito desta investigação, pela equipa de investigação em causa, podendo vir a ser apresentados, de forma agregada, em conferências ou artigos científicos.

**Não existem constrangimentos ou riscos** associados à sua participação. No entanto, caso surjam dúvidas no preenchimento do questionário ou deseje ter acesso aos resultados do estudo e outras informações adicionais, contacte:

Investigadora principal: Constança Frazão - peso.alimentacao@gmail.com

Orientação científica: Prof. Doutora Maria João Morais Gouveia

**Agradecemos** desde já a sua disponibilidade para participar nesta investigação.

**Os dados recolhidos serão essenciais para compreender os fatores associados à manutenção do peso corporal perdido na realidade portuguesa.**

Aceito participar neste estudo, autorizando a utilização dos meus dados

Sim

Não

#### End of Block: Apresentação do estudo

---

Start of Block: Critério de participação

**Nos últimos 5 anos passou por um processo de perda de peso?**

- Sim
- Não

End of Block: Critério de participação

---

Start of Block: Questões Sociodemográficas

De seguida, irão ser-lhe pedidos alguns dados sociodemográficos e informações relativas ao seu peso. Não existem respostas certas ou erradas - todas as respostas são válidas. Pedimos-lhe que responda com o máximo de sinceridade.

Género

- Feminino
- Marculino
- Outro

Idade

---

---

Nacionalidade

---

---

Estado Civil

- Solteiro(a)
  - Casado(a)/União de facto
  - Divorciado(a)
  - Viúvo(a)
- 

Encontra-se num relacionamento amoroso?

- Sim
  - Não
- 

Se sim, há quanto tempo se encontra nessa relação? (indique em anos e meses)

---

Escolaridade (indique o último nível que concluiu)

- 1º ciclo (1º-4º ano)
  - 2º ciclo (5º-6º ano)
  - 3º ciclo (7º-9º ano)
  - Ensino Secundário (10º-12º ano)
  - Ensino Superior
-

Situação profissional atual

- Estudante
  - Trabalhador-estudante
  - Trabalhador
  - Reformado
  - Desempregado
  - Outro
- 

Há quanto tempo iniciou o seu mais recente processo deliberado de perda de peso? (indique em anos e meses - ex. 3 anos e 2 meses)

---

No início deste processo tinha um objetivo específico de perda de peso?

- Sim
  - Não
- 

Se sim, quantos quilos (kg) pretendia perder?

---

O processo de perda de peso foi auxiliado por algum procedimento cirúrgico? (ex. cirurgia bariátrica)

- Sim
  - Não
-

Qual era o seu peso antes dessa perda? (indique em kg)

---

---

Qual foi o peso perdido durante esse o processo? (indique em kg)

---

---

Quanto tempo manteve o peso perdido? (indique os meses e os anos - ex. 2 anos e 2 meses)

---

---

Atualmente continua num processo de perda de peso?

- Sim
- Não

---

Qual é o seu peso atual? (indique em kg)

---

---

Qual é a sua altura? (indique em metros e cm - ex. 1,64 m)

---

---

Durante a fase de Manutenção do Peso Perdido, aumentou o seu nível de atividade física?  
(Atividade física inclui qualquer movimento corporal realizado pelos músculos esqueléticos, que exija gasto de energia - ex. caminhar; praticar um desporto; andar de bicicleta)

- Sim
- Não

---

Se sim, considere uma semana que melhor represente os seus níveis de atividade física durante a Manutenção do Peso Perdido e preencha os espaços abaixo:

Tipo de atividade dominante praticada (e.g., caminhada, natação)

\_\_\_\_\_

Dias por semana (indique o número)

\_\_\_\_\_

Duração por dia (indique em minutos)

\_\_\_\_\_

-----

Antes do processo descrito, já tinha tentado perder peso?

Sim

Não

-----

Se sim, indique o número de tentativas anteriores que realizou (ex. 3)

\_\_\_\_\_

-----

Se sim, qual o número de tentativas anteriores em que atingiu o peso desejado?

\_\_\_\_\_

-----

Tem alguma doença ou condição de saúde? (considere qualquer doença física - ex. diabetes - ou mental - ex. ansiedade, depressão)

Sim

Não

-----

Se sim, qual?

\_\_\_\_\_

---





Há quanto tempo foi diagnosticada? (indique em anos e meses - ex. 4 anos e 3 meses)

---

---

Nas quatro colunas, por favor marque o número (0-10) que melhor descreve o seu estado emocional durante a última semana, incluindo o dia de hoje.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sofrimento Emocional	
Ansiedade	
Depressão	
Revolta	

**End of Block: Questões Sociodemográficas**

---

Start of Block: Fim do inquérito

**Muito obrigada pela sua participação!** Relembramos que a **participação neste estudo é totalmente voluntária**, podendo interromper ou desistir de participar até o momento em que submeter este questionário. Caso decida desistir, **não sofrerá qualquer prejuízo**. Para além disso, **garante-se o anonimato e confidencialidade dos dados**.

Caso necessite de algum apoio psicossocial associado à área da gestão de peso recordamos que existem diversas instituições ligadas ao combate do excesso de peso, como a Adexo (Associação De Doentes Obesos E Ex-obesos De Portugal). Recorda-se ainda a possibilidade de contactar a linha de apoio psicológico do SNS através do nº 808 24 24 24.

Se desejar ter acesso aos resultados do estudo ou a outras informações, contacte:

Investigadora Principal: Constança Frazão - peso.alimentacao@gmail.com

Orientação Científica: Prof. Doutora Maria João Gouveia

**Agradecemos novamente o seu contributo** neste estudo, que se revela essencial para o combate do excesso de peso em Portugal.

**Para terminar a sua participação, seleccione a seta abaixo!**

End of Block: Fim do inquérito

---

### Anexo E. Análise da Normalidade das Escalas – Teste Kolmogorov-Smirnov

	Kolmogorov-Smirnov		
	Z	g.l	Sig.
<b>HEEMA</b>			
Orientação Eudaimónica	.06	143	.20
Orientação Hedónica	.06	143	.20
Orientação Extrínseca	.11	143	<.001
<b>REBS</b>			
Amotivação	.23	133	<.001
Regulação Externa	.18	133	<.001
Regulação Introjetada	.09	133	.01
Regulação Identificada	.12	133	<.001
Regulação Integrada	.08	133	.03
Motivação Intrínseca	.09	133	.01

*Nota.* Z = Estatística de Teste; g.l = graus de liberdade; HEEMA = Hedonic, Eudaimonic and Extrinsic Motives fo Activities; REBS = Regulation of Eating Behavior Scale

**Anexo F. Análise da normalidade - Assimetria e curtose dos itens da HEEMA**

Variable	Min.	Máx.	sk	c.r.	ku	c.r.
HEEMA_16	1,000	7,000	-,601	-2,935	,028	,069
HEEMA_15	1,000	7,000	,481	2,348	-,695	-1,697
HEEMA_14	1,000	7,000	,369	1,800	-,882	-2,153
HEEMA_13	1,000	7,000	1,180	5,761	,666	1,626
HEEMA_12	1,000	7,000	,479	2,336	-,780	-1,904
HEEMA_11	1,000	7,000	-,049	-,240	-,863	-2,106
HEEMA_9	1,000	7,000	-,592	-2,889	-,141	-,344
HEEMA_7	1,000	7,000	-,077	-,375	-,698	-1,705
HEEMA_6	1,000	7,000	-,569	-2,777	,063	,154
HEEMA_4	1,000	7,000	-,741	-3,618	,141	,343
HEEMA_1	1,000	7,000	-,319	-1,559	-,404	-,987
HEEMA_10	1,000	7,000	-1,184	-5,782	,944	2,305
HEEMA_8	1,000	7,000	-,598	-2,919	-,578	-1,411
HEEMA_5	1,000	7,000	-,793	-3,871	-,105	-,257
HEEMA_3	1,000	7,000	-,523	-2,554	-,339	-,828
HEEMA_2	1,000	7,000	-,531	-2,593	-,530	-1,294
Multivariate					54,795	13,651

*Nota.* Min. = Mínimo; Máx.= Máximo; ku = Curtose; sk = Assimetria

**Anexo G. Análise da presença de outliers- Distâncias de Mahalanobis ao quadrado  
(HEEMA)**

Observation number	Mahalanobis d-squared	p1	p2
85	42,623	,000	,045
6	39,209	,001	,010
43	38,484	,001	,001
34	36,876	,002	,000
7	35,349	,004	,000
119	34,902	,004	,000
134	34,792	,004	,000
56	34,789	,004	,000
88	34,535	,005	,000
98	33,852	,006	,000
1	33,429	,006	,000
136	33,181	,007	,000
87	32,875	,008	,000
71	30,654	,015	,000
28	29,574	,020	,000
18	29,393	,021	,000
13	29,184	,023	,000
24	29,026	,024	,000
79	28,369	,029	,000
3	27,625	,035	,000
32	27,493	,036	,000
50	26,976	,042	,000
19	26,418	,048	,000
14	26,379	,049	,000
36	24,929	,071	,000
39	23,370	,104	,003
23	23,218	,108	,003
91	23,115	,111	,002
65	22,946	,115	,002

Observation number	Mahalanobis d-squared	p1	p2
90	22,476	,128	,004
110	22,469	,129	,002
95	22,429	,130	,001
9	22,155	,138	,002
97	22,076	,141	,001
118	21,890	,147	,001
124	21,562	,158	,003
51	21,539	,159	,001
70	21,503	,160	,001
115	20,577	,195	,015
130	20,477	,199	,013
47	20,282	,208	,015
105	19,655	,236	,066
53	19,457	,246	,078
54	18,666	,286	,315
133	18,535	,294	,318
57	18,396	,301	,326
114	18,172	,314	,382
52	17,928	,328	,455
142	17,765	,338	,483
49	17,734	,340	,432
59	17,555	,351	,471
96	17,536	,352	,414
126	17,415	,359	,419
41	16,839	,396	,703
125	16,773	,400	,680
80	16,292	,433	,860
135	16,258	,435	,832
64	15,988	,454	,893
38	15,949	,457	,873
89	15,593	,482	,942

Observation number	Mahalanobis d-squared	p1	p2
2	15,338	,500	,967
100	15,292	,503	,960
29	15,236	,507	,954
30	15,148	,514	,953
77	15,065	,520	,950
25	14,925	,530	,958
132	14,629	,552	,981
94	14,529	,559	,982
101	14,167	,586	,995
8	14,073	,593	,995
104	13,971	,601	,995
72	13,898	,606	,995
81	13,894	,607	,992
31	13,676	,623	,996
37	13,044	,670	1,000
92	13,008	,672	1,000
121	12,996	,673	1,000
5	12,901	,680	1,000
20	12,668	,697	1,000
128	12,597	,702	1,000
108	12,045	,741	1,000
93	11,849	,754	1,000
44	11,784	,759	1,000
84	11,757	,761	1,000
60	11,495	,778	1,000
127	11,493	,778	1,000
67	11,482	,779	1,000
69	11,385	,785	1,000
62	11,150	,800	1,000
40	11,006	,809	1,000
4	10,997	,810	1,000

---

Observation number	Mahalanobis d-squared	p1	p2
99	10,982	,811	1,000
106	10,976	,811	1,000
45	10,808	,821	1,000
46	10,688	,828	1,000
141	10,514	,838	1,000
116	10,462	,841	1,000
122	10,183	,857	1,000
74	10,042	,864	1,000
112	9,985	,867	1,000

---

### Anexo H. Índices de Modificação (HEEMA)

			M.I.	Par Change
e14	<-->	e15	23,198	,757
e11	<-->	e15	11,516	-,506
e11	<-->	e12	14,159	,395
e10	<-->	e9	16,180	,530
e5	<-->	e6	11,984	,502

### Anexo I. Análise da normalidade - Assimetria e curtose dos itens da REBS

Variable	Min.	Max-	sk	c.r.	ku	c.r.
REBS_14	1,000	7,000	2,807	13,215	7,839	18,454
REBS_21	1,000	7,000	-,785	-3,697	,419	,986
REBS_20	1,000	7,000	-,366	-1,725	-,858	-2,020
REBS_17	1,000	7,000	-,490	-2,309	-,572	-1,346
REBS_1	2,000	7,000	-,632	-2,977	-,566	-1,332
REBS_24	1,000	7,000	-,280	-1,320	-,697	-1,640
REBS_11	1,000	7,000	-,525	-2,470	-,312	-,733
REBS_4	1,000	7,000	-,418	-1,967	-,614	-1,446
REBS_2	1,000	7,000	-,196	-,923	-,621	-1,463
REBS_23	1,000	7,000	-1,404	-6,612	2,544	5,989
REBS_22	1,000	7,000	-1,173	-5,524	1,843	4,339
REBS_10	1,000	7,000	-1,195	-5,628	1,570	3,696
REBS_5	1,000	7,000	-1,134	-5,340	1,551	3,651
REBS_18	1,000	7,000	,862	4,059	-,142	-,335
REBS_12	1,000	7,000	,700	3,296	-,351	-,827
REBS_8	1,000	7,000	-,269	-1,267	-1,174	-2,764
REBS_7	1,000	7,000	,349	1,641	-,870	-2,049
REBS_15	1,000	7,000	1,564	7,365	1,305	3,071
REBS_13	1,000	7,000	1,361	6,406	1,188	2,796
REBS_9	1,000	7,000	,862	4,059	-,550	-1,295
REBS_3	1,000	7,000	,225	1,060	-,757	-1,781
REBS_19	1,000	6,000	1,497	7,047	1,151	2,709
REBS_16	1,000	7,000	1,636	7,704	2,027	4,772
REBS_6	1,000	7,000	2,061	9,705	3,368	7,929
Multivariate					117,092	19,112

Nota. Min. = Mínimo; Máx.= Máximo; ku = Curtose; sk = Assimetria

**Anexo J. Análise da presença de outliers- Distâncias de Mahalanobis ao quadrado  
(REBS)**

Observation number	Mahalanobis d-squared	p1	p2
77	78,398	,000	,000
28	67,196	,000	,000
90	66,036	,000	,000
87	52,104	,001	,000
1	51,696	,001	,000
83	49,992	,001	,000
39	46,576	,004	,000
84	46,470	,004	,000
18	43,438	,009	,000
19	42,764	,011	,000
121	42,332	,012	,000
113	42,198	,012	,000
27	41,108	,016	,000
62	38,218	,033	,000
3	37,821	,036	,000
47	37,617	,038	,000
116	36,499	,049	,000
125	34,939	,069	,005
6	34,692	,073	,004
133	34,459	,077	,003
32	34,371	,078	,002
43	34,060	,084	,002
66	33,348	,097	,005
13	32,609	,113	,013
65	32,588	,113	,007
97	32,246	,121	,009
102	32,110	,124	,007
72	31,717	,134	,010
2	31,417	,142	,012

Observation number	Mahalanobis d-squared	p1	p2
81	31,384	,143	,007
99	31,250	,147	,005
92	31,082	,151	,005
123	31,075	,152	,002
41	30,985	,154	,002
68	30,881	,157	,001
70	30,817	,159	,001
56	30,790	,160	,000
106	30,073	,182	,002
71	29,336	,208	,012
53	29,146	,215	,013
93	28,175	,253	,087
63	27,985	,261	,090
64	27,596	,277	,139
73	27,210	,295	,206
122	26,614	,323	,382
29	26,376	,334	,421
76	26,213	,342	,427
114	26,106	,348	,407
108	25,635	,372	,566
117	25,479	,380	,572
30	25,454	,381	,514
23	25,131	,399	,604
115	24,761	,419	,712
111	24,692	,423	,681
88	24,573	,429	,674
4	24,362	,441	,708
10	24,277	,446	,686
38	24,052	,459	,728
107	23,947	,465	,716
5	23,491	,491	,843

Observation number	Mahalanobis d-squared	p1	p2
37	23,065	,516	,921
89	22,760	,534	,951
54	22,201	,567	,988
79	22,077	,575	,988
130	21,639	,601	,997
104	21,333	,619	,998
46	21,328	,619	,997
61	21,210	,626	,997
44	21,056	,635	,998
9	20,670	,658	,999
129	20,232	,683	1,000
21	20,205	,685	1,000
52	20,195	,686	1,000
60	20,125	,690	1,000
49	19,901	,702	1,000
120	19,900	,702	1,000
20	19,610	,719	1,000
48	19,245	,739	1,000
95	18,815	,762	1,000
98	18,697	,768	1,000
91	18,566	,775	1,000
80	18,388	,784	1,000
126	17,687	,818	1,000
57	17,591	,822	1,000
35	17,512	,826	1,000
85	17,362	,833	1,000
33	17,271	,837	1,000
119	17,210	,840	1,000
131	17,119	,844	1,000
40	17,028	,847	1,000
42	17,024	,848	1,000

---

Observation number	Mahalanobis d-squared	p1	p2
110	16,600	,865	1,000
96	16,239	,879	1,000
86	16,166	,882	1,000
124	16,065	,886	1,000
16	16,008	,888	1,000
94	15,933	,890	1,000
74	15,712	,898	1,000
69	15,678	,899	1,000
31	15,655	,900	1,000

---

### Anexo K. Índices de Modificação (REBS)

			M.I.	Par Change
e1	<-->	Regulação_Integrada	12,334	-,226
e1	<-->	Regulação_Intrínseca	14,432	,366
e5	<-->	e1	13,234	,305
e6	<-->	e3	12,068	,568

**Anexo L. Exploração do Índice de Intensidade de Atividade Física, Mal-estar Psicológico e Presença de Doenças como potenciais variáveis moderadoras**

Nas tabelas L1, L2 e L3 são apresentadas as correlações entre as possíveis variáveis moderadoras a controlar – Índice de Intensidade de Atividade Física; Mal-estar psicológico; Presença de doenças - e as variáveis em estudo – Manutenção do Peso Perdido; Orientações para o Bem-estar; Regulação do Comportamento Alimentar.

**Tabela L1**

*Relação entre as variáveis Índice de Intensidade de Atividade Física e Mal-estar psicológico e a variável Manutenção do Peso Perdido (Correlações de Pearson); Relação entre a variável Presença de doenças e a variável Manutenção do Peso Perdido (Teste Qui-quadrado)*

		<b>Manutenção do Peso Perdido</b>	
		<i>r</i>	<i>p</i>
<b>Id. Atividade Física</b>		.008	.94
<b>Mal-estar Psicológico</b>	Sufrimento Emocional	-.04	.66
	Ansiedade	-.05	.64
	Depressão	-.15	.12
	Revolta	-.14	.14
		$\chi^2$	<i>p</i>
<b>Doenças</b>		.01	.93

*Nota.* Id. Atividade Física = Índice de intensidade de atividade física; *r* = *r* de Pearson; *p* = *p-value*;  $\chi^2$  = estatística de teste do Qui-quadrado.

**Tabela L2**

*Relação entre as variáveis Índice de Intensidade de Atividade Física e Mal-estar psicológico e a variável Orientações para o Bem-estar (Correlações de Pearson)*

		<b>Orientações para o Bem-estar</b>					
		O. Eudaimónica		O. Hedónica		O. Extrínseca	
		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
<b>Id. Atividade Física</b>		.09	.36	-.002	.99	.05	.64
	SE	-.13	.12	<b>-.27***</b>	<b>.001</b>	<b>.21**</b>	<b>.01</b>

<b>Mal-estar Psicológico</b>	AS	-.14	.11	<b>-.17*</b>	<b>.05</b>	.06	.49
	DP	-.06	.51	-.15	.08	.12	.17
	RV	<b>-.18*</b>	<b>.03</b>	<b>-.21**</b>	<b>.01</b>	.01	.95

Nota. Id. Atividade Física = Índice de intensidade de atividade física; SE = Sofrimento Emocional; AS = Ansiedade; DP = Depressão; RV = Revolta; r = r de Pearson; p = p-value;

\*Correlação significativa para  $p \leq .05$ ; \*\*Correlação significativa para  $p \leq .01$ ; \*\*\*Correlação significativa para  $p \leq .001$

### Tabela L3

*Relação entre as variáveis Índice de Intensidade de Atividade Física e a variável Regulação do Comportamento Alimentar (Correlações de Pearson)*

	<b>Regulação do Comportamento Alimentar</b>											
	Amotivação		Externa		Introjetada		Identificada		Integrada		Intrínseca	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>Id.</b>												
<b>Atividade Física</b>	-.01	.94	-.11	.28	.16	.12	-.01	.89	.14	.16	.10	.34

Nota. Id. Atividade Física = Índice de intensidade de atividade física; r = r de Pearson; p = p-value

Apenas se verificaram correlações significativas entre algumas dimensões do Mal-estar Psicológico e das Orientações para o Bem-estar (ver Tabela 8). A Orientação Hedónica correlaciona-se negativamente com as variáveis Sofrimento Emocional ( $r = -.27$ ;  $p < .01$ ), Ansiedade ( $r = -.17$ ;  $p = .05$ ) e Revolta ( $r = -.21$ ;  $p = .01$ ), ou seja, variam em sentidos opostos: quanto mais elevada for Orientação Hedónica de um indivíduo, menores serão os seus níveis de Sofrimento Emocional, Ansiedade e Revolta. A Orientação Eudaimónica correlaciona-se negativamente com a variável Revolta ( $r = -.18$ ;  $p = .03$ ), i.e., quanto mais elevados forem os níveis de Orientação Eudaimónica mais reduzidos serão os níveis de Revolta; a Orientação Extrínseca correlaciona-se positivamente com a variável Sofrimento Emocional ( $r = .21$ ;  $p = .01$ ), variando no mesmo sentido, o que significa que um aumento nos níveis da Orientação Extrínseca está associado a um aumento nos níveis de sofrimento emocional. Contudo, as correlações significativas encontradas apontam para correlações fracas, abaixo de .3, o que torna a sua relevância prática limitada (Pallant, 2016).

Para além disso, a ausência de correlações significativas de todas as variáveis com a Manutenção do Peso Perdido (ver Tabela 7) levou a que não se considerasse que estas variáveis pudessem, nesta amostra, surgir como variáveis moderadoras da relação das Orientações e da Regulação do Comportamento Alimentar com a Manutenção do Peso Perdido.

**Anexo M. Relação das Orientações para o Bem-estar e da Regulação do Comportamento Alimentar com o Índice de Variação do Peso e com Índice de Sucesso na Perda de Peso**

**Tabela M1**

*Regressão Linear entre as Orientações para o Bem-estar e o Índice de Variação do Peso*

<b>Orientações para o Bem-estar</b>	<b>Índice de Variação do peso</b>		
	$\beta$	t	p
Orientação Eudaimónica	.10	1.06	.29
Orientação Hedónica	.01	.15	.88
Orientação Extrínseca	.11	1.30	.20

*Nota.*  $\beta$  = Beta; t = Estatística de teste; p = p-value; N=143

**Tabela M2**

*Regressão Linear entre a Regulação do Comportamento Alimentar e o Índice de Variação do Peso*

<b>Regulação do Comportamento Alimentar</b>	<b>Índice de Variação do peso</b>		
	$\beta$	t	p
Amotivação	-.04	-.38	.70
Regulação Externa	.23	2.20	.03
Regulação Introjogada	.10	1.03	.31
Regulação Identificada	.02	.20	.84
Regulação Integrada	-.07	-.59	.56
Motivação Intrínseca	-.03	-.24	.81

*Nota.*  $\beta$  = Beta; t = Estatística de teste; p = p-value; N=133

**Tabela M3**

*Regressão Linear entre as Orientações para o Bem-estar e o Índice de Variação do Peso sem outliers*

<b>Orientações para o Bem-estar</b>	<b>Índice de Variação do peso</b>		
	$\beta$	t	p
Orientação Eudaimónica	-.27	-.64	.52
Orientação Hedónica	-.29	-.61	.54
Orientação Extrínseca	.73	2.29	.02

*Nota.*  $\beta$  = Beta; t = Estatística de teste; p = p-value; N=143

**Tabela M4**

*Regressão Linear entre a Regulação do Comportamento Alimentar e o Índice de Variação do Peso sem outliers*

<b>Índice de Variação do peso</b>			
-----------------------------------	--	--	--

<b>Regulação do Comportamento Alimentar</b>	$\beta$	t	p
Amotivação	.28	.51	.61
Regulação Externa	.41	.86	.39
Regulação Introjetada	.31	.80	.43
Regulação Identificada	-.39	-.61	.54
Regulação Integrada	-.24	-.51	.61
Motivação Intrínseca	-.21	-.49	.62

Nota.  $\beta$  = Beta; t = Estatística de teste; p = p-value; N=133

### Tabela M5

*Regressão Linear entre as Orientações para o Bem-estar e Índice de sucesso na perda de peso*

	<b>Índice de Sucesso na Perda de Peso</b>		
<b>Orientações para o Bem-estar</b>	$\beta$	t	p
Orientação Eudaimónica	.02	.14	.89
Orientação Hedónica	.11	.88	.38
Orientação Extrínseca	.06	.53	.60

Nota.  $\beta$  = Beta; t = Estatística de teste; p = p-value; N=78

### Tabela M6

*Regressão Linear entre os tipos de Regulação do Comportamento Alimentar e o índice de sucesso na perda de peso*

	<b>Índice de Sucesso na Perda de Peso</b>		
<b>Regulação do Comportamento Alimentar</b>	$\beta$	t	p
Amotivação	-.20	-1.34	.19
Regulação Externa	.09	.58	.57
Regulação Introjetada	-.10	-.71	.48
Regulação Identificada	.05	.34	.73
Regulação Integrada	.01	.03	.98
Motivação Intrínseca	.01	.03	.97

Nota.  $\beta$  = Beta; t = Estatística de teste; p = p-value; N=71

**Anexo N. Efeito indireto da Orientação Eudaimónica (VI) no Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder (VD), explicado pela Motivação Intrínseca (M)**

<b>Efeito</b>	<b>IC 95%</b>	
	<b>LI</b>	<b>- LS</b>
.11	-.08	.34

*Nota.*  $p$  = p-value; IC = Intervalo de Confiança; LI = Limite Inferior; LS = Limite Superior

**Anexo O. Efeito indireto da Orientação Hedónica (VI) no Índice de Cumprimento do Objetivo de Kgs a Perder (VD), explicado pela Motivação Intrínseca (M)**

<b>Efeito</b>	<b>IC 95%</b>	
	<b>LI</b>	<b>LS</b>
.08	-.04	.33

*Nota.*  $p$  = p-value; IC = Intervalo de Confiança; LI = Limite Inferior; LS = Limite Superior