



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**O PALADAR DO BEM-ESTAR:
RELAÇÃO ENTRE O COMPORTAMENTO ALIMENTAR E O BEM-
ESTAR SUBJETIVO CONSOANTE O TIPO DE DIETA**

JOÃO CLÁUDIO ROMEIRO

Orientação de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2018

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

Agradecimentos

Os últimos cinco anos foram abastados em obstáculos, desafios e aprendizagens, tanto em saber acadêmico e profissional, como em lições de vida. E cada momento foi fundamental, pelo que fico grato.

O meu percurso não poderia ter sido concluído sem determinadas pessoas que caminharam a meu lado e a quem devo o meu reconhecimento.

Primeiramente, quero agradecer aos meus pais pelas oportunidades que me doam, permitindo sempre que me expressasse livremente. O que se iniciou como sonho está, aos poucos, a concretizar-se e muito graças a eles. Agradeço a lucidez, carinho e apoio constantes. O vosso amor é incalculável.

De seguida, agradeço à Professora Isabel Leal por me ter habilitado a desenvolver as minhas capacidades, pela sua orientação e disponibilidade persistentes e, acima de tudo, pelo respeito que sempre evidenciou para com o meu trabalho. Obrigado por ter acreditado nas minhas potencialidades.

Agradeço aos meus amigos por não me terem abandonado nos períodos mais turbulentos, pela amizade e paciência.

Um agradecimento especial ao Symposium Digital Healthcare pela disponibilidade em auxiliar o estudo.

De igual modo, agradeço ao Professor João Marôco e ao João Sampaio pelas orientações recebidas.

Por último, obrigado a todos aqueles que participaram neste estudo.

Em nota pessoal, finalizar este percurso com um projeto na área do comportamento alimentar surge como a oportunidade perfeita, não para recomeçar, mas para reconhecer as minhas fragilidades, aprender com os meus erros e, acima de tudo, reencontrar-me.

RESUMO

A ligação entre o comportamento alimentar (CA) e as dimensões associadas ao bem-estar subjetivo (BES) encontra-se estabelecida. Contudo, ausentam-se da literatura estudos que avaliem a mediação da alimentação no BES considerado como um construto único. Procurando colmatar essa ausência, a presente investigação verificou qual a relação entre o CA e o BES consoante diferentes dietas. Os participantes (n=555) completaram um questionário socioclínico, o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA), a Escala de Satisfação com a Vida (ESV) e a Lista de Afetos Positivos e Afetos Negativos (LAPAN). Conclui-se que as diferenças do CA em função do tipo de dieta não são estatisticamente significativas, tal como sucedeu para as diferenças nos afetos em função do tipo de dieta e para as da satisfação com a vida em função do tipo de dieta. O modelo causal da relação entre o CA e o BES revelou que o CA influencia negativamente o BES, sendo que a Ingestão Externa o faz marginalmente. A análise multigrupos da moderação do tipo de dieta sobre a relação entre o CA e o BES demonstrou que o tipo de dieta modera a relação entre a Ingestão Externa e o BES: na dieta omnívora, de forma constante quando se passam de níveis moderados de Ingestão Externa para níveis elevados; e nas outras dietas, de forma acentuada quando se passam de níveis moderados para níveis elevados. A informação recolhida permite a expansão do conhecimento, comprovando a implicação do CA no BES e qual a mediação das diferentes dietas nessa relação.

Palavras-chave: Comportamento Alimentar; Bem-Estar Subjetivo; Satisfação com a Vida; Afetos Positivos; Afetos Negativos; Qualidade de Vida; Dieta.

ABSTRACT

The connection between the eating behavior (EB) and the individual dimensions of subjective well-being (SWB) is well established. However, studies that evaluate the mediation of eating in SWB as perceived as a single construct are missing from literature. Seeking to make up for this absence, the present investigation intended to verify the relation between the EB and the SWB in different diets. The participants (n=555) completed a socioclinic questionnaire, the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ), the Satisfaction with Life Scale (SWLS) and the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). We concluded that the differences in EB according to the type of diet are not statistically significant, as was the case for the differences in affects according to the type of diet and in satisfaction with life according to the type of diet. The causal model of the relation between EB and the SWB revealed that the eating behavior negatively influences the SBW, being that the External Eating does it marginally. The multiple group analysis of the moderation of the type of diet on the relation between EB and the SWB showed that the type of diet moderates the relation between External Eating and the SWB: in the omnivorous diet, steadily when going from moderate levels of External Eating to high levels; and in other diets, sharply when going from moderate to high levels. The information gathered allows the expansion of knowledge, confirming the implication of the EB in the SWB and the mediation of different diets in that relation.

Key-words: Eating Behavior; Subjective Well-Being; Satisfaction with Life; Positive Affect; Negative Affect; Quality of Life; Diet.

Índice

Introdução	1
Estado da Arte	2
Método	11
Participantes	11
Material	12
Procedimento	18
Resultados	18
Comportamento alimentar (QHCA)	20
BES	21
Comportamento alimentar e tipo de dieta	23
Comportamento alimentar e BES	24
Tipo de dieta, Comportamento alimentar e BES	25
Discussão	28
Referências	34
Anexos	55
Anexo I – Consentimento Informado	56
Anexo II – Questionário Socioclínico.....	57
Anexo III – Questionário Holandês do Comportamento Alimentar	60
Anexo IV – Escala da Satisfação com a Vida (ESV)	63
Anexo V – Lista de Afetos Positivos e Afetos Negativos	64

Índice de Quadros

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica (N = 555)	11
Quadro 2 – Tipo de dieta	12
Quadro 3 – Razão da alteração da dieta.....	19
Quadro 4 – Validade divergente e convergente, consistência interna e estatísticas descritivas para o QHCA	21
Quadro 5 – Consistência interna e estatísticas descritivas para as medidas de BES	22
Quadro 6 – Comportamento Alimentar e tipo de dieta	23
Quadro 7 – Afetos e tipo de dieta	23
Quadro 8 – Satisfação com a vida e tipo de dieta	24

Introdução

A alimentação é uma questão central do ser humano. Além de constituir uma necessidade básica, associam-se-lhe componentes de prazer, sociabilização, herança cultural e saúde (Viana, 2002). Depreende-se, pois, que a comida é um contributo primordial para o bem-estar e o funcionamento físico dos seres humanos (Rozin, Fischler, Imada, Sarubin, & Srzesniewski, 1999). Na verdade, a relação entre a alimentação e as componentes do bem-estar subjetivo (BES) encontra-se estabelecida (e.g., Grant, Wardle, & Steptoe, 2009; Jacka *et al.*, 2010; White, Horwath, & Conner, 2013). No entanto, ausentam-se estudos que avaliem o impacto do comportamento alimentar no BES.

A importância desta análise justifica-se, sobretudo, pelo facto de o comportamento alimentar, além de depender do acesso a informação nutricional, é mediado pelas preferências alimentares individuais, atitudes e contexto familiar, disponibilidade do produto e outros fatores psicológicos e sociais (Viveiros, 2012; Viana, 2002). Quando esse padrão – as “trajetórias” – se autonomiza, as opções alimentares tornam-se sincréticas ao sujeito, e, uma vez que é sustentado por valores relativos aos alimentos consumidos, podem solidificar ou desenvolver-se (Fox & Ward, 2008; Furst, Connors, Bisogni, Sobal, & Falk, 1996). Desta forma, é fundamental entender de que forma as escolhas alimentares (decisões pessoais) influenciam a perspetiva em relação à vida, consoante os valores, necessidades e sentimentos individuais.

O presente estudo provém do interesse pela complexidade dos comportamentos alimentares, bem como o seu impacto nas vidas das pessoas. Assim, estabelece-se como objetivo a análise da relação entre o comportamento alimentar e o BES em indivíduos com diferentes dietas. O comportamento alimentar (variável independente) foi analisado através dos resultados do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA), de Van Strien, Frijters, Bergers e Defares (1986), que permitiu obter o estilo alimentar de cada indivíduo, em três dimensões distintas (restrição alimentar, ingestão emocional e ingestão externa). Por sua vez, o BES (variável dependente) foi obtido através da medição da Satisfação com a Vida (através da Escala de satisfação com a Vida – *ESV* –, de Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) e dos Afetos Positivos e Negativos (através da Lista de Afetos Positivos e Negativos – *LAPAN* –, de Watson, Clark, & Tellegen, 1988).

Posto isto, após a revisão do estado da arte sobre o comportamento alimentar e as integrantes de BES, apresenta-se o estudo empírico desenvolvido.

Estado da Arte

O bem-estar subjetivo é um conceito multissetorial que inclui duas dimensões diferenciadas pelos processos psicológicos agregados. Por um lado, engloba o julgamento cognitivo global que o sujeito realiza da sua vida, da qual emerge a satisfação com a vida. Por outro lado, implica a apreciação emocional consequente da harmonia entre aspetos positivos e negativos percecionados. Em conjunto, correspondem à avaliação subjetiva da existência pessoal (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Diener, 1984; Diener & Fujita, 1995; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Lucas, Diener, & Suh, 1996; Simões *et al.*, 2006; Nunes, 2009; Watson, Clark, & Tellegen, 1988).

A influência de certas variáveis sociodemográficas (e.g., género, idade, estado civil, educação, saúde) no BES está demonstrada (e.g., Diener, 1984; Diener *et al.*, 1999; Larson, 1978). Embora a relação entre a satisfação com a vida e os comportamentos designados como saudáveis (e.g., prática regular de atividade física, uso de protetor solar, ausência de hábitos tabágicos, dieta prudente e saudável; Grant *et al.*, 2009; Steptoe, Dockray, & Wardle, 2009) estar estabelecida, ausenta-se da literatura uma compreensão clara da ligação entre o comportamento alimentar e o BES, ou seja, a avaliação que as pessoas realizam da sua vida.

A importância desta compreensão é reforçada pelo facto de o BES, ainda que seja um conceito bastante vasto por ser mediado por aspetos variados, tender a designar uma dimensão da saúde (Costa, 2013; Diener, 2000; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Ora, é consensual que uma dieta vasta e equilibrada promove um desenvolvimento saudável; sendo de esperar que o inverso possa gerar diversas doenças crónicas (e.g., hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, cancro, diabetes, obesidade; Cooke *et al.*, 2003; Liem & Graaf, 2004; Phillips, 2005).

O propósito da alimentação ultrapassa a obtenção de nutrientes, visto intervir igualmente na procura por preenchimento físico, emocional e psicológico, abrangendo as áreas da comunidade, consanguinidade, conforto e prazer. Na sociedade atual, à medida que a frequência da obesidade aumenta, a preocupação dos indivíduos com as calorias, as gorduras e o índice de massa corporal (IMC) aumenta, o que denuncia uma relação paradoxal com a alimentação (Block *et al.*, 2011). Block *et al.* (2011) propuseram um modelo de “bem-estar alimentar” (BEA), que se concetualiza como uma correspondência positiva entre os aspetos psicológicos, emocionais, físicos e sociais e a comida, tanto a

nível individual, como da sociedade. O BEA depende e varia conforme os fatores culturais, legais e ambientais que influenciam as atitudes e comportamentos alimentares dos sujeitos. O modelo enfatiza cinco domínios primários: a “socialização alimentar”; a “literacia alimentar”; o “*marketing* alimentar”; a “disponibilidade alimentar”; e a “política alimentar” (Block *et al.*, 2011).

Além do BEA, a investigação científica ainda não se debruçou sobre a relação entre o comportamento alimentar e o BES. Não obstante, alguns estudos procuraram entender a relação entre a alimentação e os múltiplos conceitos que constituem o BES.

Por seu turno, a satisfação com a vida advém do agrado em diversos domínios da experiência humana (Diener, 1984; Gruner *et al.*, 2007; Hsieh, 2003), dos quais se destacam o emprego, educação, relações interpessoais, lazer e situação financeira; sublinhando-se a saúde estimada pelo próprio por possui um poderoso efeito (e.g., Schneider, 2004). Entre os recursos indispensáveis à sua obtenção – que variam em relação ao BES consoantes os valores, necessidades e objetivos (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999) –, sobressaem os recursos materiais, sociais e pessoais por permitirem alcançar os objetivos individuais (Dean *et al.*, 2008).

Apesar de escassas, existem investigações que examinam a associação entre o bem-estar e as escolhas alimentares. Um estudo que analisou quais os comportamentos ligados à saúde positivamente correlacionados com a satisfação com a vida em jovens determinou um efeito: significativo para a prática de exercício físico; intermédio para a proteção contra o sol e ingestão de fruta; e fraco para os hábitos tabágicos e evitamento de gordura na dieta (Grant, Wardle, & Steptoe, 2009).

As investigações que avaliaram a relação entre o bem-estar positivo e o consumo de frutas e vegetais em países ocidentais têm sido desviantes (Grant *et al.*, 2009). Por um lado, uma intervenção que consistiu no seguimento de um regime alimentar baixo em gorduras e com elevado consumo de fibras, fruta e vegetais, não registou efeito na satisfação com a vida – ainda que os participantes tenham revelado mais consciência das informações nutricionais e de saúde; mais confiança na capacidade de cuidarem da sua saúde; e mais assertividade nas escolhas alimentares por acreditarem que privilegiavam a sua saúde (Corle *et al.*, 2001). Adicionalmente, e ainda que medida inconsistentemente, um consumo elevado de fibra não obteve efeito na satisfação com a vida (Grant *et al.*, 2009). Em contraste, um estudo que envolveu um breve aconselhamento comportamental

de promoção do consumo de frutas e vegetais revelou uma melhoria na qualidade de vida associada à saúde, correlacionando-se esta com uma maior ingestão e concentrações plasmáticas de vitamina C e E (Steptoe, Perkins-Porras, Hilton, Rink, & Cappuccio, 2004).

Por sua vez, o peso tem impacto na satisfação com a vida. Um estudo longitudinal com jovens mulheres australianas indicou que um IMC elevado se associava a uma menor satisfação com a vida e à diminuição das ambições (Ball, Crawford, & Kenardy, 2004). Dada a maior pressão externa para que as mulheres alcancem um ideal de beleza de magreza, os efeitos negativos da obesidade na satisfação com a vida são superiores no género feminino (Dohnt & Tiggemann, 2006; Forste & Moore, 2012; Schwartz, Pihres, Tantless-Dunn, & Thompson, 1999).

Os efeitos nefastos da obesidade na satisfação com a vida tendem a surgir por fatores sociais (Huebner, 1991; Park, 2004), já que estes sujeitos experienciam interações sociais divergentes daqueles que não são obesos – sentindo maior preconceito, discriminação e enviesamentos (Carr & Friedman, 2006; Latner, Stunkard, & Wilson, 2005; Puhl & Brownell, 2003) – o que irá afetar o BES (Forste & Moore, 2012). À semelhança, adolescentes com excesso de peso apresentam, ao nível das perceções do *self*, pares, pais e escola, menor satisfação com a vida (Forste & Moore, 2012).

Referente às patologias do comportamento alimentar, um estudo com uma amostra de mulheres com anorexia nervosa (AN) após intervenção clínica concluiu que pacientes com piores resultados revelaram níveis significativamente mais baixos de satisfação com a vida – somente 48% das jovens com AN evidenciaram estar satisfeitas ou muito satisfeitas com as suas vidas –, obtendo valores inferiores em relações a jovens que recuperaram (Halvorsen & Heyerdahl, 2006). As jovens que tiveram AN apresentaram menor satisfação com a vida comparativamente às jovens sem essa patologia (Halvorsen & Heyerdahl, 2006). A satisfação com a vida também se associava fortemente com a autoestima (Halvorsen & Heyerdahl, 2006).

No que se refere aos afetos positivos e negativos, o efeito da emoção na quantidade e qualidade dos alimentos consumidos patenteia-se ora no efeito da modulação da emoção congruente, que sugere que a motivação e prazer associados ao ato de comer são amplificados pelas emoções positivas e diminuídos pelas emoções negativas (Christensen, 1993; Macht, 1999; Macht, Roth, & Ellgring, 2002; Macht & Simons,

2000), ora nos efeitos do sabor e consumo de determinados alimentos nos estados emocionais, em que se destaca a associação entre as soluções doces, a felicidade e a surpresa, contrastando com as soluções amargas que motivam raiva e repulsa (Desmet & Schifferstein, 2008; Macht, Meininger, & Roth, 2005).

No que concerne o afeto positivo, desconhece-se se o aumento do bem-estar promove uma alimentação saudável ou se é o oposto que ocorre. Embora um estudo que recorreu a relatos diários tenha proposto que a alegria sentida durante cerca de 9 dias poderia estar associada à diminuição do consumo de gordura e ao aumento do consumo de hidratos de carbono durante esse período, por ter sido medido numa escola bipolar (i.e., “alegria-depressão”), é inconclusivo qual dos dois estados contribuiu para essas escolhas alimentares (De Castro, 1987).

De qualquer modo, é proposto que determinados macronutrientes, como o elevado consumo de hidratos de carbono, poderão estimular o afeto positivo no quotidiano. No entanto, não se apuraram quais as fontes de hidratos de carbono envolvidos, nem se eram saudáveis ou não (White *et al.*, 2013). A retificação dessa omissão beneficiaria o entendimento deste tópico, já que, perante afetos positivos, se verifica um aumento do consumo de determinados alimentos – nomeadamente, de pipocas, passas (Yeomans & Coughlan, 2009), *crackers* (Kenardy, Butler, Carter, & Moor, 2003) e bolachas de pepitas de chocolate (Turner, Luszczynska, Warner, & Schwarzer, 2010). Recorrendo a descrições diárias escritas, uma investigação indicou não só que o ato de comer é, por si só, uma experiência prazerosa, mas também que os participantes consideravam que comer sob o efeito de afetos positivos tinha maior impacto no seu estado emocional do que situações em que experienciavam afetos negativos ou neutros. No entanto, não foram tidos em conta quais os alimentos ingeridos, nem as suas porções (Macht, Haupt, & Salewsky, 2004; White *et al.*, 2013).

Procurando colmatar as inconsistências anteriores, White *et al.* (2013) conduziram um estudo que concluiu que, nos dias em que os participantes ingeriram mais frutas e vegetais, avaliaram-se como mais felizes e calmos e com mais energia do que o habitual, o que se conversou até ao dia seguinte. Apesar dessa influência poder ter sido causada por mecanismos psicológicos (e.g., maior afeto positivo pela perceção de que certos alimentos aumentariam a saúde; Hayes, D’Anci, & Kanarek, 2011; Macht & Dettmer, 2006; Ogden & Wardle, 1991), tanto as mulheres como os homens beneficiaram pelo maior consumo de vegetais. Aliás, adultos com elevado bem-estar percecionado (i.e.,

satisfação com a vida, felicidade) tendem a consumir maiores quantidades de frutas e legumes (Blanchflower, Oswald, & Stewart-Brown, 2012).

Dito isto, certos estudos ponderam ora uma associação entre a ingestão alimentar e o afeto positivo (Ioakimidis *et al.*, 2011; Macht & Dettmer, 2006), ora uma relação recíproca provável entre a ingestão alimentar e as emoções (White, *et al.*, 2013). Em virtude disso, aventa-se que uma alimentação abundante em hidratos de carbono é passível de aumentar os níveis cerebrais de serotonina (Blundell, Lawton, & Halford, 1995). Sugere-se ainda que, se acompanhado por medicação antidepressiva convencional, os sintomas de depressão poderão ser amenizados em menos de 10 semanas através do consumo de determinados micronutrientes provenientes de frutas e legumes (e.g., folato; Coppen & Bailey, 2000; Coppen & Bolander-Gouaille, 2005).

No extremo oposto, o consumo alimentar tende a aumentar durante o aborrecimento, a depressão e a fadiga e a diminuir perante o medo, a tensão e a dor, sendo que os estados de maior excitação inibem o consumo alimentar (Desmet & Schifferstein, 2008). A relação entre os afetos negativos e os comportamentos alimentares assemelha-se à associação entre o *stress* e os comportamentos alimentares, existindo uma maior propensão para consumir *fast food* perante emoções negativas (Greeno & Wing, 1994; O'Connor, Jones, Connor, McMillan, & Ferguson, 2008). As investigações que analisam as associações entre os alimentos e o afeto através de relatos diários demonstram que o afeto negativo se relaciona com um aumento de alimentos ingeridos (Macht, Haupt, & Ellgring, 2005), com um maior consumo alimentar do que o habitual – tal como o afeto positivo, em contraste com um afeto neutro (Patel & Schlundt, 2001) – e com uma elevada frequência da ingestão de *snacks* (Patel & Schlundt, 2001; Wolff, Crosby, Roberts, & Wittrock, 2000). Apesar de não se ter comprovado que certos alimentos influenciam as emoções no quotidiano, algumas pesquisas transversais mencionam que a dieta ocidental (White *et al.*, 2013), abundante em açúcares e hidratos de carbono refinados, se possa associar a depressões (afeto negativo) em jovens mulheres (Jacka *et al.*, 2010).

Como referido, as emoções negativas desencadeiam o aumento da ingestão alimentar (e.g., Christensen, 1993; Hepworth, Mogg, Brignell, & Bradley, 2010; Kenardy, Butler, Carter, & Moor, 2003; Macht, 2008; Macht, Haupt, & Ellgring, 2005; Macht, Roth, & Ellgring, 2002; Macht & Simons, 2000; O'Connor *et al.*, 2008; Yeomans & Coughlan, 2009). Comprovou-se que a indução de afetos negativos pode incentivar a preferência por *snacks* ao invés de refeições (Lowe & Fisher, 1983; Macht, 2008;

O'Connor *et al.*, 2008; Oliver, Wardle, & Gibson, 2000), o incremento da ingestão de *snacks* com elevado teor de gordura e açúcar (Greeno & Wing, 1994; Macht, 2008; O'Connor *et al.*, 2008) e a diminuição do consumo de vegetais (Greeno & Wing, 1994; O'Connor *et al.*, 2008; Torres & Nowson, 2007). Como tal, perante a experiência de afetos negativos, os indivíduos consideram ingerir maiores porções de alimentos com alto teor de açúcar e gordura e menores quantidades de frutas e vegetais (Anschutz, Van Strien, Van De Ven, & Engels, 2009; Laitinen, Ek, & Sovio, 2002; Loth, van den Berg, Eisenberg, & Neumark-Sztainer, 2008; Mikolajczyk, Ansari, & Maxwell, 2009; Ng & Jeffery, 2003; Oliver & Wardle, 1999; Rose, Soperski, & Golomb, 2010).

No que concerne as transgressões das “regras da dieta”, o consumo de álcool e o afeto negativo são fatores que provaram ampliar a desinibição do comportamento alimentar daqueles que seguem uma dieta (Ruderman, 1985b). A indução de afeto negativo incita o comportamento alimentar compulsivo de sujeitos restritivos; não sucedendo o mesmo com indivíduos não são restritivos (Baucom & Aiken, 1981; Bleau, 1996; Cools, Schotte, & McNally, 1992; Heatherton, Herman, & Polivy, 1991; Ruderman, 1985a; Schotte, Cools, & McNally, 1990).

Apesar da dificuldade na sua medição (Kenardy, Butler, Carter, & Moor, 2003), de forma geral, reconhece-se que determinados estados emocionais (e.g., depressão, ansiedade) têm efeito na desinibição do comportamento alimentar em sujeitos restritivos e/ou em sujeitos com bulimia nervosa ou sujeitos obesos (Baucom & Aiken, 1981; Ruderman, 1985a; Schotte, Cools & McNally, 1990; Wardle & Beale, 1988). Logo, teoriza-se que a alimentação possua uma função de regulação do afeto – especialmente, pela redução do afeto negativo em indivíduos com comportamento alimentar compulsivo (Arnou, Kenardy, & Agras, 1992; Ganley, 1989; Heatherton & Baumeister, 1991), tanto em populações clínicas (Arnou, Kenardy, & Agras, 1995; Kenardy, Arnou, & Agras, 1996), como não clínicas (Stice, Ziemba, Margolis, & Flick, 1996). Paralelamente, aventa-se que os sujeitos com bulimia ingeram uma quantidade colossal de comida de forma a regular as suas inquietações afetivas (Heatherton & Baumeister, 1991; Stice, 1994), fortalecendo a ligação estabelecida entre a patologia (Leon, Fulkerson, Perry, & Cudeck, 1993; Ruderman & Besbeas, 1992) e o afeto negativo, bem como o comportamento alimentar desinibido (Stice, Akutagawa, Gaggan, & Agras, 2000; Stice, Killen, Hayward, & Taylor, 1998). Posto isto, os indivíduos com bulimia revelam que, em comparação a uma ingestão normal de comida, o afeto negativo é superior antes de

comerem compulsivamente; o que também se evidencia em sujeitos sem essa patologia (Davis, Freeman, & Garner, 1988; Lingswiler, Crowther, & Stephens, 1989).

Por último, os pacientes com AN tendem a suprimir os seus sentimentos negativos e, simultaneamente, a minimizar as suas próprias necessidades como estratégia de manutenção das suas relações mais próximas (Geller, Cockell, Hewitt, Goldner, & Flett, 2000). Como tal, é-lhes difícil regular as suas próprias emoções (Harrison, Sullivan, Tchanturia, & Treasure, 2009).

Por sua vez, a referência à qualidade de vida é pertinente pelo facto de a junção das componentes subjetivas, que correspondem ao BES, e dos aspetos objetivos (e.g., recursos materiais, meios de saúde) resultará na qualidade de vida (Nunes, 2009). Embora distintamente explorado (e.g., Felce, 1997; Haas, 1999; Moons, Budts, & De Geest, 2006; Zhan, 1992) e a sua definição permanecer inconsistente, o conceito tende a designar um construto genérico que reúne indicadores objetivos e perceções subjetivas (que correspondem ao BES) relativos à qualidade de vida (Gruner *et al.*, 2007; Moons, Budts, & De Geest, 2006).

Nos últimos anos, a qualidade de vida tem-se revelado central na prevenção e tratamento de diversas doenças (Gill & Feinstein, 1994; Sanders, Egger, Donovan, Tallon, & Frankel, 1998), pelo que o desenvolvimento de estratégias que permitam a longevidade com qualidade de vida tem sido priorizado (Dean *et al.*, 2008; Drewnowski *et al.*, 2003; Guyatt & Cook, 1994). O esforço para modificar os hábitos alimentares advém da preocupação pela adesão a padrões de consumo pouco saudáveis e suas consequências a nível individual e da sociedade (Gruner *et al.*, 2007). Sendo a alimentação é uma componente primária da qualidade de vida (American Dietetic Association, 2005), é prioritário gerar medidas relativas à qualidade de vida na área nutricional que permitam compreender a progressão e os efeitos das intervenções (e.g., Barr & Schumacher, 2003; Jackson, Kinn, & Dalgarno, 2005; Schlettwein-Gsell, 1992); pelo que se ressalva a importância dos nutricionistas (Barr, Schumacher, & Myers, 2001).

Corroborando, uma dieta que suprima as necessidades nutricionais eleva a qualidade de vida associada à saúde pela prevenção de deficiências alimentares e suas possíveis consequências (e.g., evitamento de doenças e da desnutrição como efeito secundário de doenças), o que promove a saúde. A qualidade de vida associada à nutrição emerge das componentes associadas ao prazer sensorial e psicológico – nomeadamente,

pelos sentimentos de controlo, domínio e independência sobre o meio ambiente em que o indivíduo se insere; pela sensação de ordem, significado, estrutura e segurança que as refeições proporcionam (e.g., com maior ênfase em idosos); pela estimulação da realização de escolhas alimentares; e pela oportunidade de interações sociais quando existem refeições partilhadas. Em conclusão, a comida é parte integral de uma vida agradável (Amarantos, Martinez, & Dwyer, 2001).

Pelo exposto, a qualidade de vida associada à saúde dos idosos pode ser comprometida, pois, com o avançar da idade, o consumo alimentar tende a diminuir – a chamada “anorexia do envelhecer” (Morley, 1997) –, atribuída à redução das porções ingeridas, à diminuição do tecido muscular e à redução da mobilidade (Dean *et al.*, 2008), bem como à perda da sensibilidade no cheiro e no paladar (Rolls, 1999) e à alteração das circunstâncias de vida que modificam a sua relação com a comida (e.g., diminuição do rendimento, diminuição da rede social; Dean *et al.*, 2008). O decréscimo do consumo energético é um potencial risco para a saúde, já que as necessidades nutricionais não diminuem com a idade (Amarantos *et al.*, 2001; Dean *et al.*, 2008).

O impacto da intervenção nutricional na qualidade de vida tem sido analisado em diversas doenças e patologias. No caso de pacientes oncológicos, a diminuição da qualidade de vida provém, geralmente, dos sintomas interligados à área nutricional, tal como a anorexia e a perda de peso (Caro, Laviano, & Pichard, 2007a; Caro, Laviano, & Pichard, 2007b; Langius *et al.*, 2013); o que pode, devido à pouca tolerância ou fraca resposta aos tratamentos, levar à desnutrição. Neste sentido, a intervenção alimentar em estágios primários dos tratamentos poderá melhorar a resposta dos pacientes, contribuindo, pois, para a sua qualidade de vida (Caro *et al.*, 2007a).

Apesar de a mensuração da qualidade de vida ser fulcral em indivíduos com perturbações psiquiátricas específicas e/ou condições médicas crónicas (e.g., diabetes, epilepsia), assiste-se à carência de estudos que conetam a qualidade de vida e as perturbações do comportamento alimentar (Abraham, Brown, Boyd, Luscombe, & Russell, 2006; Padierna, Quintana, Arostegui, Gonzalez, & Horcajo, 2000). Com a finalidade de criar um instrumento que permitisse medir a qualidade de vida especificamente em pacientes com estas perturbações, Abraham *et al.* (2006) criaram o *Quality of Life for Eating Disorders* (QOL ED). As suas conclusões demonstram que pacientes com perturbações alimentares indicam um deterioramento da sua saúde (Keilen, Treasure, Schmidt, & Treasure, 1994; Padierna *et al.*, 2000); nomeadamente, a nível

psicológico, destacando-se a vitalidade, a função social, a saúde mental e o papel da emoção (Padierna *et al.*, 2000). Numa avaliação global, a qualidade de vida percebida manifestou-se ligeiramente superior em pacientes com AN, seguindo-se os sujeitos com bulimia e, por fim, sujeitos com perturbações alimentação não especificadas (EDNOS; Abraham *et al.*, 2006). Neste âmbito, listam-se alguns instrumentos que medem a qualidade de vida relativamente aos aspetos nutricionais com base em indicadores objetivos e apreciações subjetivas (Gruner *et al.*, 2007): o *Nutrition Quality of Life Survey* (Barr & Schumacher, 2003; Barr *et al.*, 2001), o questionário *Quality of Life Factors* (QF) (Corle *et al.*, 2001) e o *Satisfaction With Food-related Life* (SWFL; Gruner *et al.*, 2007).

As consequências da desnutrição manifestam-se em complicações mentais (e.g., anorexia, perda da satisfação; Amarantos *et al.*, 2001), sociais (e.g., estigma; Williams, 1987) e físicas (e.g., deficiências, dependência física; Amarantos *et al.*, 2001). Em casos extremos, a desnutrição diminui a massa muscular e o vigor, comprometendo a funcionalidade física e a diminuição da qualidade de vida relativa à saúde individual (Muhlethaler, Stuck, Minder, & Frey, 1995).

No extremo oposto, a ingestão alimentar desinibida, aliada à ausência da prática de atividade física, surge como risco à saúde física e mental dos indivíduos; especialmente, se resultar em obesidade (Jensen, Kita, Fish, Heydt, & Frey, 1997). Todavia, tanto a deficiência como o excesso de certas vitaminas e mineiras são suscetíveis de prejudicar a saúde; principalmente, nos mais idosos (Amarantos *et al.*, 2001).

Em resultado da sua condição, os indivíduos obesos experienciam diversos danos na sua qualidade de vida relativa à saúde (Kolotkin, Meter, & Williams, 2001); em grande medida pela incapacidade de viver tão livremente como desejariam, podendo ser tão adverso como as consequências na morbilidade e mortalidade da obesidade (Fontaine & Bartlett, 1998). As componentes físicas e mentais são negativamente afetadas pela obesidade, ocorrendo decréscimo na saúde, humor e sociabilidade comparativamente à população geral. Por curiosidade, as mulheres tendem a apresentar maior frequência de problemas psicossociais que os homens (Kolotkin *et al.*, 2001). Inclusive, os sujeitos com um nível de obesidade avançado demonstram um bem-estar psicológico inferior comparativamente a pacientes que sobreviveram ao cancro (Kolotkin *et al.*, 2001).

Em suma, assiste-se a uma fragmentação científica entre os diversos conceitos examinados, dificultando o estabelecimento de uma relação precisa entre o

comportamento alimentar e o BES. Pelo exposto, é fundamental inverter a direção atual da investigação que privilegia o estudo individual das componentes do BES e a alimentação. Com o objetivo de permitir a expansão do conhecimento dessa ligação, o presente estudo compromete-se a unificar os domínios do BES e o comportamento alimentar, explorando, igualmente, a influência de diferentes dietas nesta relação.

Método

Participantes

A nossa amostra é constituída por um total de 555 sujeitos com a seguinte caracterização sociodemográfica (Quadro1).

Quadro 1

Caracterização sociodemográfica (N = 555)

	N	%
<i>Género</i>		
Feminino	430	77.5
Masculino	125	22.5
<i>Idade (M; DP)</i>	35.5 (12.8)	
<i>Estado civil</i>		
Casado(a)	157	28.3
Divorciado(a)	33	5.9
Solteiro(a)	315	56.8
União de facto	49	8.8
Viúvo(a)	1	.2
<i>Escolaridade</i>		
2.º Ciclo	1	.2
3.º Ciclo	5	.9
Bacharelato/Licenciatura	298	53.7
Ensino Secundário	74	13.3
Mestrado/Doutoramento	177	31.9

Situação profissional

Desempregado	23	4.2
Empregado	375	68.4
Estudante	123	22.4
Outra	27	4.9
<i>Local de residência</i>		
Predominantemente rural	59	10.6
Predominantemente urbana	496	89.4
<i>Situação Habitacional</i>		
Partilha casa com outros inquilinos	15	2.7
Vive com Amigos	16	2.9
Vive com Família	334	60.2
Vive com Parceiro	118	21.3
Vive Sozinho	72	13.0

No que concerne às dietas (Quadro 2), a distribuição pode ser vista no Quadro 2.

Quadro 2

Tipo de dieta

	Frequência	Porcentagem
Macrobiótico	33	5.9
Omnívoro	390	70.3
Ovo-lacto-vegetariano	16	2.9
Ovo-vegetariano	13	2.3
Pesco-vegetariano	23	4.1
Semi-vegetariano	56	10.1
Vegano	24	4.3
Total	555	100.0

Material

Questionário socioclínico

O Questionário Socioclínico permite uma descrição da amostra, incidindo sobre a idade, a nacionalidade, o sexo, o estado civil, a orientação sexual e a religião. A configuração de resposta aberta relativa à orientação sexual e à religião justifica-se pela tentativa de assegurar a inclusão de qualquer categoria com que o sujeito se identifique. Solicita-se também uma estimativa da altura (m) e do peso (kg), bem como o local de residência (“Predominantemente rural” ou “Predominantemente urbana”), a situação habitacional, a situação socioprofissional e a escolaridade. Numa escala tipo *Likert* de frequência (de “Nunca” a “Sempre”), procura-se saber a frequência com que recorre às medicinas convencionais e alternativas, se fuma, bebe álcool ou toma suplementação alimentar, se executa práticas ambientais e se pratica atividade física. Numa escala tipo *Likert* de satisfação (de “Insatisfeito(a)” a “Muito satisfeito(a)”), solicita-se a satisfação relativamente à sua saúde, sono e atividade sexual.

O tipo de dieta é registado pela escolha de uma das nove dietas apresentadas ou pela especificação da sua dieta na opção complementar (“Outra”). Todas as dietas possuem uma descrição das suas características, tornando a escolha mais rigorosa. A categorização das dietas baseou-se, por ser completa, na configuração de Robinson e Hackett (Phillips, 2005). Sobre a alimentação, ainda são pedidos quais os elementos que evita (e.g., “glúten”, “lactose”, “açúcar”, etc.).

Existem ainda perguntas exclusivas para os sujeitos que alteraram a sua dieta sobre a idade com que fez a alteração e quais as suas motivações.

Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (DEBQ)

O Questionário Holandês do Comportamento Alimentar – na versão original *Nederlandse Vragenlijst Voor Eetgedrag (NVVE)* e, na língua inglesa, *Dutch Eating Behavior Questionnaire* – foi desenvolvido por Van Strien, Frijters, Bergers e Defares (1986) e avalia o comportamento alimentar identificado como “estilo alimentar”. As dimensões avaliadas são a Restrição Alimentar, a Ingestão Emocional (ingestão influenciada por aspetos emocionais) e a Ingestão Externa (ingestão influenciada por fatores externos e fatores do seio social; Viana & Sinde, 2003).

Constituído por 33 itens, o questionário possui três escalas: Restrição (10 itens); Ingestão Externa (10 itens); e Ingestão Emocional (13 itens). Na versão holandesa, a última subdivide-se em Emoções Precisas (9 itens) e Emoções Difusas (4 itens; Van

Strien, Frijters, Bergers, & Defares, 1986). Os itens são avaliados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (de “Nunca” a “Muito frequentemente”).

O *DEBQ* destina-se, sobretudo, a jovens e adultos com perturbações do comportamento alimentar (e.g., anorexia, bulimia, obesidade), existindo uma versão para crianças e adolescentes (Van Strien & Oosterveld, 2008). O questionário propicia também a avaliação do estilo alimentar em grupos saudáveis e/ou em indivíduos com comportamento alimentar atípico – particularmente, aqueles que procedam regularmente a dietas (e.g., bailarinas, ginastas; Viana & Sinde, 2003).

A partir de questionários já existentes (*Fragenbogen fur Latente Adipositas – FLA, Restrained Scale*), adicionaram-se questões. Concebida a partir de diversas teorias sobre especificidades psicológicas e comportamentais da obesidade e perturbações do comportamento alimentar (*Psychosomatic theory, Externaliy theory e Restrained Eating*), a sua composição envolveu diversas etapas e grupos heterogéneos de participantes, em termos de atributos e número (Van Strien, Frijters, Bergers, & Defares, 1986; Viana & Sinde, 2003). A validação externa foi obtida através de amostras clínicas de anoréticas, bulímicas e obesos (Viana & Sinde, 2003).

A *DEBQ* foi adaptada à língua inglesa por Wardle (1987), tendo-se certificado, tanto em relação a uma população saudável como a subgrupos com perturbações do comportamento alimentar, a sua validade e robustez.

A adaptação à população portuguesa foi realizada por Viana e Sinde (2003) após a tradução e confrontação da versão holandesa e inglesa. A validade foi examinada através de uma análise fatorial pelo procedimento dos “eixos principais” e com rotação *varimax*. Emergiram 6 fatores que explicavam 66.6% da variância, sendo que: o primeiro fator abrangia 13 itens da escala de Ingestão Emocional; o segundo englobava os 10 itens da escala de Restrição Alimentar; e os quatro restantes incluíam os itens da escala de Ingestão Externa (Viana & Sinde, 2002). Apesar de próximos dos resultados originais (Van Strien, Frijters, Bergers, & Defares, 1986), não eram sincrónicos.

A segunda análise foi forçada a três fatores, tal como na versão inglesa (Wardle, 1987), obtendo-se resultados idênticos, isto é, os itens distribuíram-se pelos fatores correspondentes às três escalas (Viana & Sinde, 2002; Viana & Sinde, 2003). A validade externa alcançou-se pela associação entre os valores de IMC e as três escalas, verificando-se uma correlação positiva significativa entre o IMC e a escala Restrição (Viana & Sinde,

2003). A fiabilidade das três escalas foi analisada através do alfa de *Cronbach*, tendo sido de .94 para a Ingestão Emocional; .92 para a Restrição; e .81 para a Ingestão Externa. Nenhum item, se eliminado, variaria significativamente o coeficiente de consistência interna da respetiva escala (Viana & Sinde, 2003).

Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

Elaborada por Diener, Emmons, Larsen, & Griffin (1985), e, posteriormente, revista por Pavot e Diener (1993), a Escala de Satisfação com a Vida – ou, na versão original, *Satisfaction With Life Scale (SWLS)* – é, presumivelmente, um dos instrumentos a que mais se recorre para se estimar o BES. Os seus critérios permitem rapidamente apurar a avaliação, positiva ou negativa, que o indivíduo realiza face à sua própria vida em geral (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; Pavot & Diener, 1993).

Na versão original, a *SWLS* é composta por 5 itens expressados positivamente numa escala de resposta tipo *Likert* de 7 pontos. A pontuação pode variar entre 5 e 35 pontos (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). A pontuação 20 traduz o ponto médio (Nunes, 2009).

Na sua estruturação, a escala possuía 48 itens. A análise fatorial resultou em três fatores: a Satisfação com a Vida, o Afeto Positivo e o Afeto Negativo. Os itens dos Afetos foram retirados, bem como os itens da Satisfação com a Vida com saturação inferior a 0.60. Sobraram 10 itens, dos quais, por motivos de semelhanças semânticas e por não existir custos elevados para a consistência interna, 5 foram eliminados, restando outros 5 (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; Pavot & Diener, 1993).

A consistência interna é forte e a estabilidade temporal é moderada (Pavot & Diener, 1993). Diener *et al.* (1985) mencionaram um coeficiente de alfa de .87 e, após dois meses, no teste-resteste, um coeficiente de estabilidade de .82. Diversos estudos (Arrindell, Meeuwesen, & Huyse, 1991; Blais, Vallerand, Pelletier, & Briere, 1989; Pavot, Diener, Colvin, & Sandvik, 1991) replicaram o resultado que aponta para uma estrutura unifatorial explicativa de 66% da variância (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), informando que o item final é o mais fraco no que se refere à convergência com os restantes – sugerindo-se que advenha pela sua formulação no passado, em contraste aos restantes que aludem ao presente (Pavot & Diener, 1993).

A validade do construto verifica-se pelas correlações positivas e significativas que apresenta com outros instrumentos que analisam o bem-estar e a satisfação com a vida, sendo a convergência adequada relativamente a essas medidas, mesmo quando utilizadas em abordagens metodológicas variadas (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; Pavot & Diener, 1993). A depressão (Arrindell, Meeuwesen, & Huyse, 1991; Blais, Vallerand, Pelletier, & Briere, 1989), a ansiedade (Arrindell, Meeuwesen, & Huyse, 1991), o afeto negativo (Larsen, Diener, & Emmons, 1985) e o neuroticismo (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; Pavot & Diener, 1993) relacionam-se negativamente com a *SWLS*. Apesar de a *SWLS* se relacionar com o BES e a satisfação com a vida, os estudos sugerem que sejam construtos independentes, comprovada pela validade discriminante (Eid & Diener, 2004; Lucas, Diener, & Suh, 1996; Pavot & Diener, 1993).

A sua aplicabilidade a diferentes culturas é demonstrada pela estabilidade da fiabilidade e validade (Abdallah, 1998; Arrindell, Heesink, & Feij, 1999; Blais, Vallerand, Pelletier, & Briere, 1989; Schimmack, Radhakrishnan, Oishi, Dzokoto, & Ahadi, 2002; Shevlin, Brunsten, & Miles, 1997). Assim, foi também adaptada à população portuguesa, revelando qualidades psicométricas favoráveis, tal como uma estrutura unifatorial, que transcreve a componente cognitiva do BES (Nunes, 2009). Na primeira validação, obteve uma alfa de *Cronbach* de .78 e diversos índices de validade (e.g., correlações significativas com a eficácia pessoal do ensino; Costa, 2013).

Na validação subsequente, que permitiu a adaptabilidade ao resto da população e a contextos distintos (Costa, 2013; Nunes, 2009), as opções de resposta viram-se reduzidas a cinco (de “Discordo muito (1)” a “Concordo muito (5)”). Nesta, quanto mais elevado for o resultado, maior satisfação com a vida é manifestada. A pontuação varia de 5 a 25, situando-se o ponto médio no 15. A escala demonstra boas propriedades psicométricas, possuindo um fator único explicativo de 53.1% e uma consistência interna de .77 (Nunes, 2009; Nunes, 2009). Comprovou boa validade preditiva ao correlacionar-se positivamente com a tarefa de recordação diferencial, já que sujeitos com maior satisfação com a vida tendem a evocar mais episódios positivos que negativos (Costa, 2013). Ambas as adaptações confirmaram as conclusões de Diener *et al.* (1985) que afirmavam que o último item seria menos convergente com os restantes.

Lista de Afetos Positivos e Afetos Negativos (LAPAN)

A *LAPAN* – ou originalmente *The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)* - mede a componente afetiva do BES, analisando os Afetos Positivos e os Afetos Negativos. A estrutura positiva ou negativa do afeto surge consistentemente como duas dimensões dominantes e relativamente independentes (Diener, Larsen, Levine, Emmons, 1985; Watson, Clark, & Tellegen, 1988). A escala de resposta é do tipo *Likert* de 5 pontos, sendo que o participante deverá sinalizar os sentimentos e emoções que reconheceu num determinado período de tempo (i.e., hoje, na última semana ou no último mês).

Criada por Watson, Clark, & Tellegen (1988), a escala é formada por 20 adjetivos distribuídos aleatoriamente pela escala, dos quais 10 incorporam o Afeto Positivo, originando a subescala Afeto Positivo (PA), e as restantes 10 respeitam o Afeto Negativo, formando a subescala Afeto Negativo (NA).

Originalmente, a escala possuía 60 conceitos ligados à afetividade, que, numa análise fatorial, se consideraram os termos com uma saturação igual ou superior a .40. Através de amostras variadas, obtiveram-se 7 instruções temporais diferentes (*moment instructions, today, past few days, week, past few weeks, year e general*). As médias tendem a aumentar consoante posições temporais mais longas, esperando-se que, quanto mais longo o tempo considerado for, maior a probabilidade de o indivíduo experienciar um determinado afeto. As médias são superiores no domínio dos afetos positivos em qualquer uma das instruções temporais, não existindo diferenças significativas entre género (Watson, Clark, & Tellegen, 1988).

A correlação entre as subescalas é baixa, variando de -.12 a -.23, o que significa que ambas as escalas partilham cerca de 1% a 5% da sua variância. A consistência interna, considera-se boa, apresentando valores entre .86 e .90 para a PA e de .84 a .87 para a NA, sem que nenhuma seja influenciada pela instrução temporal. Através da avaliação da consistência do teste-reteste, observaram-se níveis significativos em todos os quadros temporais (Watson, Clark, & Tellegen, 1988), conforme outros estudos (e.g., Watson & Clark, 1984; Watson & Walker, 1996).

A estrutura dos dois fatores explica 62.8% da variância na instrução temporal *moment*, enquanto no *general* a variância é de 68.7%. Apesar das contestações sobre a estrutura fatorial da *PANAS* (Green, Goldman, & Salovey, 1993), a análise fatorial confirmatória garantiu a independência do afeto positivo e do afeto negativo (Tellegen, Watson, & Clark, 1999). A validade externa foi analisada pelas correlações entre a

PANAS e outros instrumentos que medem o estado de ansiedade, a depressão e o *distress* psicológico, emergindo correlações significativas. As correlações foram significativas entre a subescala PA e as outras escalas que analisam o afeto positivo, bem como entre a NA e instrumentos que medem o afeto negativo (Watson, Clark, & Tellegen, 1988; Watson & Walker, 1996).

A adaptação para a população portuguesa foi executada por Simões, tendo-se acrescentado um item à subescala NA dada a tradução dos conteúdos, possuindo 22 itens (11 itens correspondentes ao afeto positivo e 11 ao afeto negativo; Nunes, 2009). Os índices de fidelidade são bons em ambas, apresentando um alfa de *Cronbach* de .82 e .85 para a subescala PA e NA, respetivamente. A validade de construto pode ser considerada adequada e discriminante (Nunes, 2009).

Procedimento

Dado o nosso objetivo, procurou-se abranger a maior proporção de dieta, de forma a facultar uma diversidade satisfatória de padrões alimentares.

Os critérios de inclusão da amostra incluíram idade superior a 18 anos de idade, nacionalidade portuguesa e resposta a todas questões. Por motivos de falta de representatividade, excluíram-se também indivíduos que se tinham identificado com dietas com menos de 10 pessoas (i.e., frutívoro, lacto-vegetariano). Assim, de 605 participantes, a amostra é constituída por 555 sujeitos. Tratando-se de um estudo exploratório, optou-se por uma amostragem não-probabilística ou intencional. A participação foi voluntária e sem qualquer contrapartida compensatória, tendo-se esclarecido previamente que o preenchimento e validação do questionário serviriam como anuência das condições enunciadas, salvaguardando a autonomia do participante.

O questionário foi publicado num *site* criado para a investigação, contendo o consentimento informado (Anexo I), o questionário socioclínico (Anexo II) e as três escalas utilizadas – QHCA (Anexo III), ESC (Anexo IV) e LAPAN (Anexo V). O endereço foi partilhado nas redes sociais, fóruns na *Internet* dedicados a dietas alternativas e enviado por *e-mail* a profissionais da área da nutrição (e.g., nutricionistas, editores de revistas da área), convidando à sua participação e dos seus clientes.

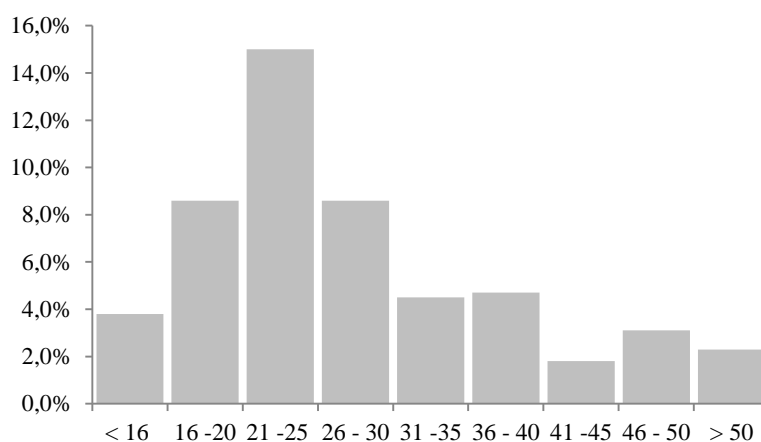
Posteriormente, a análise estatística dos dados envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respectivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância de rejeição da hipótese nula foi fixado em $(\alpha) \leq .05$. Utilizou-se o coeficiente de consistência interna alfa de *Cronbach*, a Manova, o teste t de Student para uma amostra, o teste t de Student para amostras emparelhadas, a Análise Factorial Confirmatória (CFA), o modelo de equações estruturais (SEM) e a análise Multigrupos. A análise estatística foi efetuada com recurso ao SPSS, versão 24.0, para *Windows* e o Software *AMOS*, versão 24.

Resultados

A maioria dos sujeitos que mudou de dieta fê-lo por razões de saúde (44.1%) ou de peso (26.6%). Aproximadamente 20% mudou a dieta para proteção e bem-estar dos animais (10.2%) ou por razões ambientais/ecológicas (9.9%).

Gráfico 1

Idade de alteração da dieta



Quadro 3

Razão da alteração da dieta

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
Proteção e bem-estar dos animais	31	5.6	10.2
Razões ambientais/ecológicas	30	5.4	9.9
Razões associadas ao peso	81	14.6	26.6
Razões de influência	10	1.8	3.3
Razões de saúde	134	24.1	44.1
Razões económicas	1	0.2	0.3
Razões espirituais/religiosas	1	0.2	0.3

Razões ideológicas/políticas	6	1.1	2.0
Razões sensoriais	10	1.8	3.3
Total	304	54.8	100.0
Omissos	251	45.2	
Total	555	100.0	

Cerca de 35% indicou que recorre a medicina convencional ocasionalmente e 35.1% raramente recorre a medicina alternativa; 70.5% não fuma; 41.8% raramente bebe álcool, embora 41.1% o faça ocasionalmente; 48.3% tem práticas ambientais frequentemente; e 32.3% pratica atividade física frequentemente.

Praticamente metade da amostra caracteriza-se como bastante satisfeita com a saúde (43.4%), 38.6% satisfeita com o seu sono e 35.3% bastante satisfeita com a sua atividade sexual.

Os produtos que a maioria procura evita consumir são os produtos processados (63.1%), açúcar (60%) e lactose (37.8%).

Comportamento Alimentar (QHCA)

A análise do modelo tri-factorial da escala QHCA foi analisada através de uma análise fatorial confirmatória (CFA). Os valores obtidos, $\chi^2/df=3.553$; CFI=.894; PCFI=.861; GFI=.837; PGFI=.721; RMSEA=.068, indicam uma qualidade de ajustamento entre sofrível a bom. Adicionalmente, a subescala Ingestão Externa apresenta alguns problemas de validade divergente (existindo pesos factoriais elevados com outras dimensões de escalas diferentes) e convergente (representados pelos itens da mesma escala com pesos factoriais $<.70$) e a subescala Restrição Alimentar problemas de validade convergente.

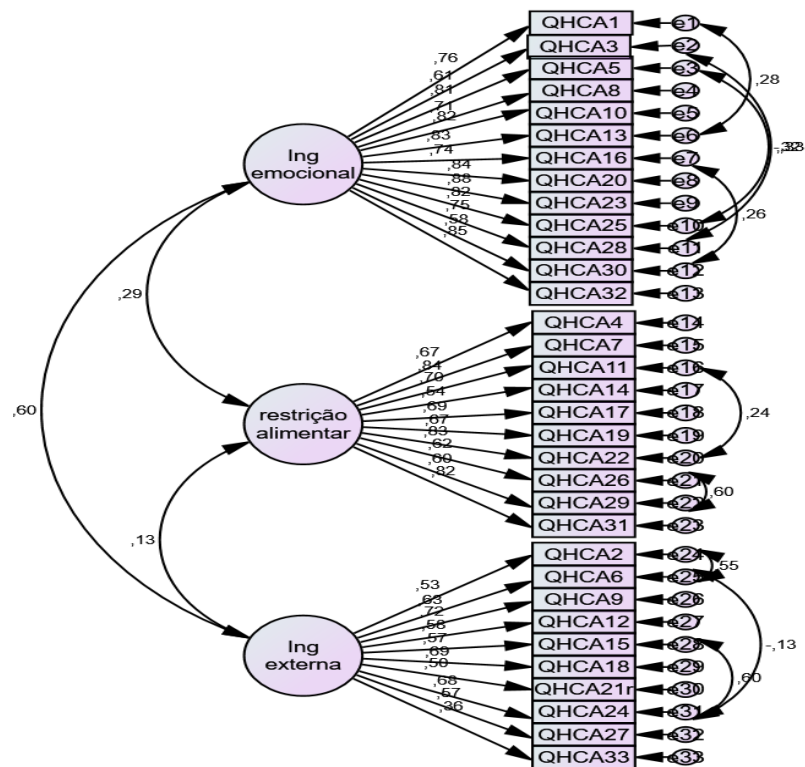


Figura 1 – Modelo tri-fatorial do CA

Quadro 4

Validade divergente e convergente, consistência interna e estatísticas descritivas para o QHCA

Validade divergente e convergente	CR	AVE	MSV	MaxR(H)	Ing. Emo	Ing. Ext	Restrição
Ing. emocional	0,950	0,598	0,355	0,957	0,773		
Ing. externa	0,840	0,351	0,355	0,855	0,596	0,593	
Restrição alimentar	0,907	0,498	0,082	0,923	0,286	0,130	0,705
Consistência interna				Cronbach's Alpha		N of Items	
Ingestão emocional				,949		13	

Ingestão externa				.841	10
Restrição alimentar				.906	10
Estatísticas					
descritivas	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Ingestão emocional	555	0,38	5,00	2,12	,88
Ingestão externa	555	1,10	4,60	2,70	,57
Restrição alimentar	555	0,80	4,90	2,35	,84

Os valores de consistência interna variam entre um mínimo de .841 (bom) na subescala Ingestão Externa a um máximo de .949 (excelente) na subescala Ingestão Emocional. A categorização dos valores de Alfa segue o indicado em Hill (2005).

Os sujeitos obtêm valores mais elevados na Ingestão Externa (2.70) e mais em baixos na Ingestão Emocional (2.12). As diferenças entre os valores das subescalas são todas estatisticamente significativas, $F(2,553)=178.570$, $p=.001$.

Bem-estar subjetivo

A análise do modelo unifatorial da Escala de Satisfação com a Vida (*SWLS*) foi analisada através de uma análise fatorial confirmatória (CFA). Os valores obtidos, $\chi^2/df=1.158$; CFI=1.000; GFI=.997; RMSEA=.017, indicam uma qualidade de ajustamento boa.

CFA Bem-estar subjectivo
 $X^2(309)=908,851$; $p=,000$; $x^2df=2,941$
 $CFI=,893$; $PCFI=,786$; $GFI=,894$; $PGFI=,731$
 $RMSEA=,059$; $P(rmsea \leq 0,05)=,000$

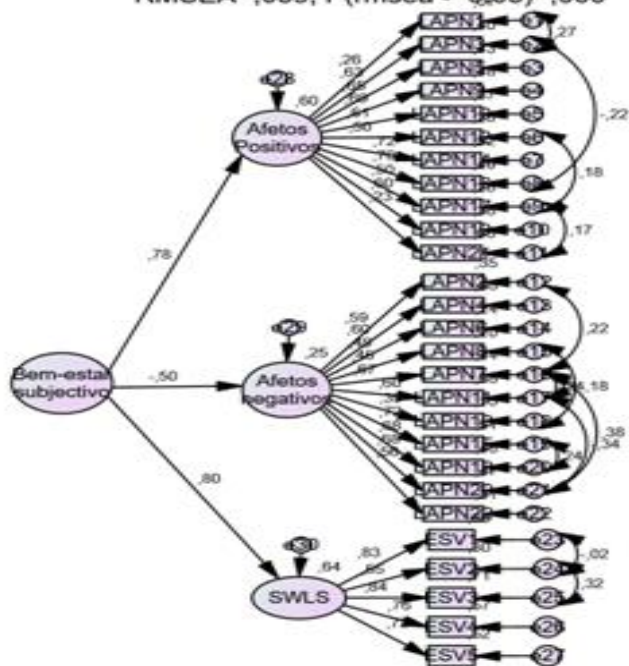


Figura 2 – Modelo tri-fatorial do BES

Quadro 5

Consistência interna e estatísticas descritivas para as medidas de BES

Estatísticas descritivas	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Afectos positivos	555	1,36	4,64	3,33	,58
Afectos negativos	555	1,00	4,09	2,06	,64
Consistência interna	Cronbach's Alpha		N of Items		
SWLS	,865		5		
Afectos positivos	,834		11		
Afectos negativos	,851		11		

Os valores de consistência interna obtidos para os Afetos Positivos, Afetos Negativos e Satisfação com a Vida podem ser considerados como bons.

Os sujeitos obtiveram uma média de 3.69 na Satisfação com a Vida, sendo este valor significativamente acima do ponto médio da escala (3), $t(554)=18.001$, $p=.001$. Os sujeitos obtiveram uma média de 3.33 nos Afetos Positivos e de 2.06 nos Afetos Negativos, sendo a diferença estatisticamente significativa, $t(554)=30.435$, $p=.001$.

Comportamento Alimentar e tipo de dieta

As diferenças no comportamento alimentar em função do tipo de dieta não são estatisticamente significativas, $F(18,1644)=1.138$, $p=.305$.

Quadro 6

Comportamento Alimentar e tipo de dieta

Dieta	Ing emocional		Ing externa		Restrição	
	M	DP	M	DP	M	DP
Macrobiótico	2,07	,76	2,62	,34	2,28	,67
Omnívoro	2,12	,90	2,71	,55	2,40	,87
Ovo-lacto-vegetariano	2,00	,63	2,80	,69	1,99	,77
Ovo-vegetariano	2,12	,60	2,69	,72	2,45	,77
Pesco-vegetariano	2,18	,95	2,77	,67	2,34	,79
Semi-vegetariano	2,11	,98	2,69	,74	2,42	,69
Vegano	2,24	,97	2,54	,56	1,92	,92

Afetos e tipo de dieta

As diferenças nos afetos em função do tipo de dieta não são estatisticamente significativas, $F(12,1096)=0.870$, $p=.577$.

Quadro 7

Afetos e tipo de dieta

Dieta	A. Positivos		A. Negativos	
	M	DP	M	DP
Macrobiótico	3,46	,50	1,89	,76
Omnívoro	3,32	,60	2,08	,64
Ovo-lacto-vegetariano	3,18	,59	2,17	,31
Ovo-vegetariano	3,36	,68	1,94	,48
Pesco-vegetariano	3,22	,60	2,25	,71
Semi-vegetariano	3,32	,51	2,06	,63
Vegano	3,55	,58	2,03	,72

Satisfação com a vida e tipo de dieta

As diferenças na satisfação com a vida em função do tipo de dieta não são estatisticamente significativas, $F(6,1136.353)=1.699$, $p=.126$.

Quadro 8

Satisfação com a vida e tipo de dieta

	M	DP
Macrobiótico	3,48	1,22
Omnívoro	3,75	,87
Ovo-lacto-vegetariano	3,14	,98
Ovo-vegetariano	3,85	,69
Pesco-vegetariano	3,42	,87
Semi-vegetariano	3,73	,87
Vegano	3,68	1,13
Total	3,70	,91

Comportamento alimentar e BES

Os valores de ajustamento obtidos para o modelo causal da relação entre o comportamento alimentar e o bem-estar subjetivo, $\chi^2/df=2.748$; CFI=.840; PCFI=.799; GFI=.782; PGFI=.719, RMSEA=.056, indicam uma qualidade de ajustamento entre sofrível a boa. O modelo explica 16% da variabilidade do bem-estar subjetivo. A dimensão emocional do comportamento alimentar influencia significativamente e de forma negativa o bem-estar subjetivo ($p<.001$), enquanto a dimensão Ingestão Externa do comportamento alimentar o faz de forma marginalmente negativa ($p<.10$). A Restrição Alimentar não contribui de forma significativa para a explicação do bem-estar subjetivo. O RNFI é igual a 1, representando um valor de ajustamento muito bom, embora o RPR (.167) indique uma fraca parcimónia do modelo.

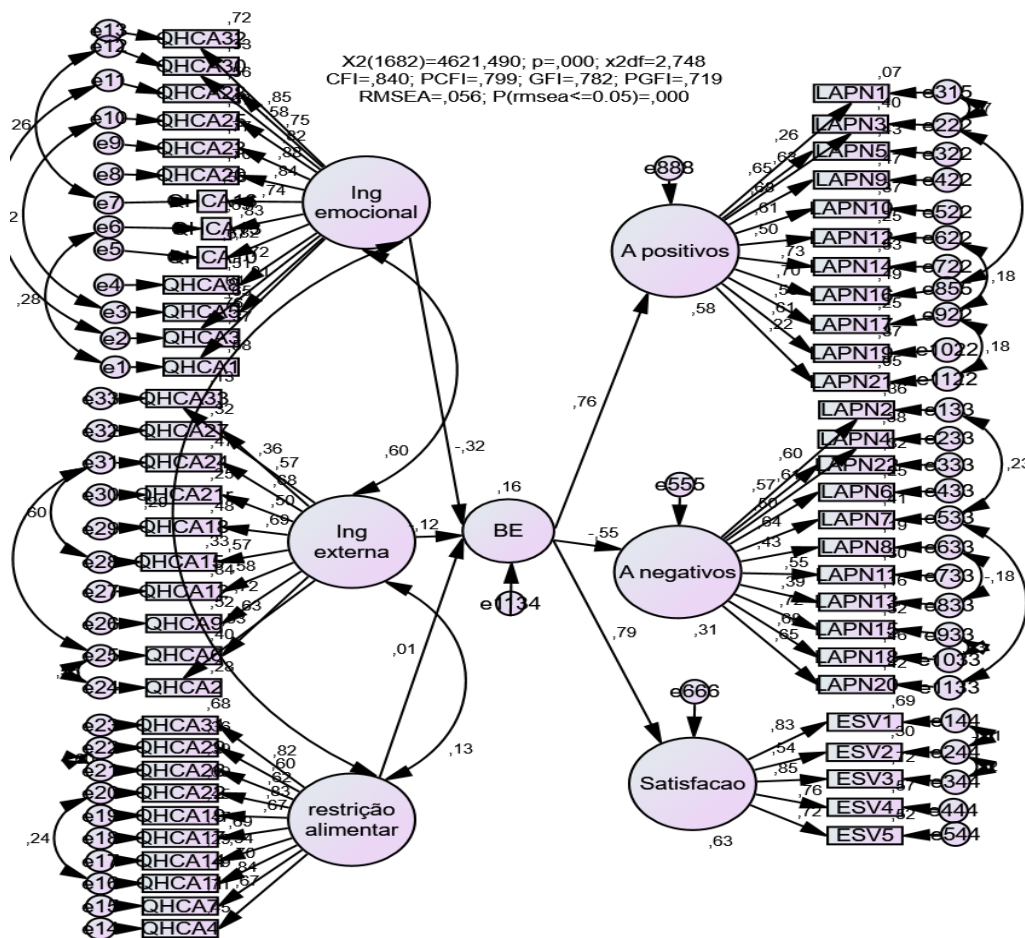


Figura 3 – Modelo causal do CA sobre o BE com as estimas estandardizadas dos coeficientes

Tipo de dieta, comportamento alimentar e BES

A eventual moderação do tipo de dieta sobre a relação entre o comportamento alimentar e o bem-estar subjetivo foi analisada através uma análise multigrupos. Para esse efeito, foram considerados dois grupos de dietas: Omnívora e Outras Dietas, que contemplou as restantes dietas referidas (e.g., macrobiótica, vegana e vegetariana nos seus diferentes subtipos), dado que Phillips (2005) as classifica como integrantes das dietas vegetarianas. Posto isto, começou-se por testar a invariância do modelo fatorial aos dois grupos de dietas em análise.

O teste do Qui-quadrado entre o modelo livre e o com os parâmetros fixos indicamos que a diferença entre os dois modelos é estatisticamente significativa ($\Delta\chi^2_{R-\chi^2_U}=8328,098_{(3418)}-8245,509_{(3364)}=82,589; p=.007$). No entanto, segundo Marôco (2017), vários autores (e.g., Cheung & Rensvold, cit. por Marôco, 2017) têm questionado a utilização do Qui-quadrado para testar a invariância do modelo, já que exímias diferenças podem ser estatisticamente significativas. Assim, os autores determinaram

que, após várias análises por simulação Monte Carlo, o ΔCFI não é afetado pela especificação do modelo. Como tal, quando se utiliza este índice, concluímos através da invariância do nosso modelo (dado que ΔCFI é inferior, $\Delta CFI = CFI_R - CFI_U = .762 - .760 = .002$, ou seja, inferior a .01, pelo que não se considera uma redução significativa da qualidade de ajustamento do modelo com os parâmetros fixos). Em paralelo, procedeu-se à análise da invariância dos construtos sucessivamente realizada para a Ingestão Emocional ($p=.043$), a Ingestão Externa ($p=.543$), a Restrição Alimentar ($p=.692$) e o BES ($p=.004$).

Depreende-se que a Ingestão Externa e a Restrição Alimentar não são estatisticamente significativas. Por sua vez, a Ingestão Emocional não é estatisticamente significativa para $\alpha < .01$, embora o seja para $\alpha < .05$, pelo que estamos confortáveis com a assunção de invariância do modelo fatorial.

Nas figuras 5 e 6, observamos os modelos causais do comportamento alimentar sobre o BES ajustados a uma amostra de 555 sujeitos com dietas omnívoras ($N=390$) e outro tipo de dietas ($N=165$). O modelo explica 16% do bem-estar subjetivo dos omnívoros e 25% do bem-estar subjetivo dos sujeitos que seguem outras dietas e não é significativamente diferente ($\chi^2_{Dif}(3) = 5.160, p = .160$); isto é, o tipo de dieta não modera a relação entre o comportamento alimentar e o BES.

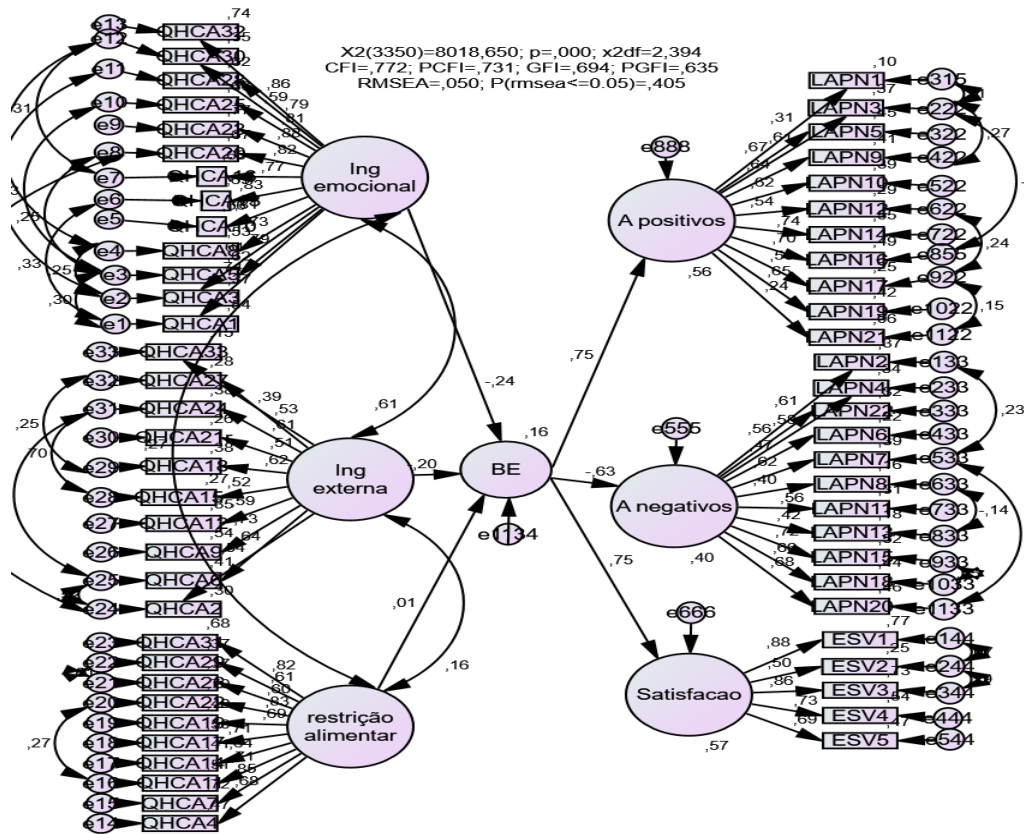


Figura 4 – Modelo causal do CA sobre o BE com as estimas estandardizadas dos coeficientes (Omnívoros)

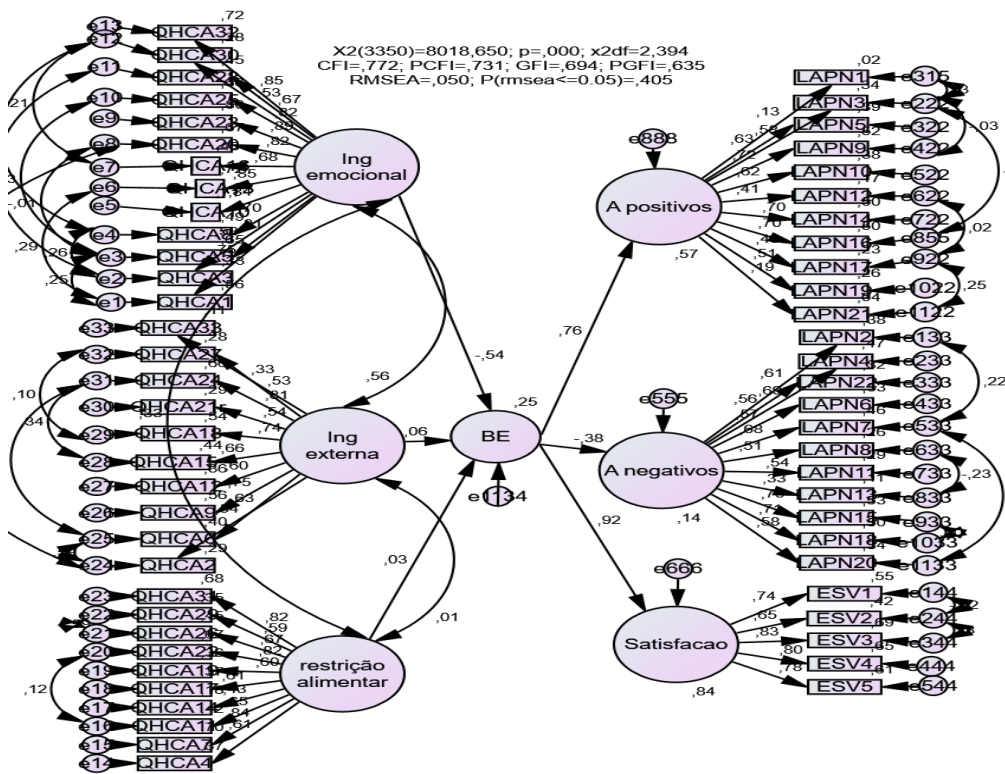


Figura 5 – Modelo causal do CA sobre o BE com as estimas estandardizadas dos coeficientes (Outras Dietas)

Seguidamente procedeu-se à comparação dos coeficientes estruturais dois a dois, fixando-se os parâmetros sucessivamente para a Ingestão Emocional, a Ingestão Externa e a Restrição Alimentar e libertando-os para os parâmetros que não se estavam a comparar. A dimensão do comportamento alimentar Ingestão Externa revelou ser significativamente diferente nos dois tipos de dieta. Assim, o tipo de dieta modera a relação entre a Ingestão Externa e o bem-estar subjetivo. Na dieta omnívora, quando se passa de níveis moderados de Ingestão Externa para níveis elevados, o decréscimo nos níveis de bem-estar é relativamente constante. Por outro lado, nas restantes dietas, quando se passa de níveis moderados de Ingestão Externa para níveis elevados, o decréscimo nos níveis de bem-estar é mais acentuado (Figura 6).

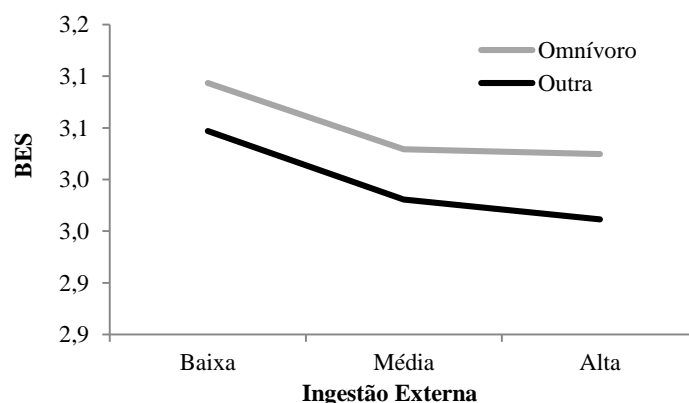


Figura 6 – Dieta, Ingestão Externa e BES

Discussão

Relembrando, o objetivo deste estudo é o de compreender e analisar qual a relação entre o comportamento alimentar e o BES em função do tipo de dieta do sujeito.

As diferenças no comportamento alimentar em função do tipo de dieta não são estatisticamente significativas, $F(18,1644)=1.138$, $p=.305$. Os resultados obtidos diferem do encontrado na literatura. Timko, Hormes e Chubski (2012) demonstraram que os veganos possuíam valores significativamente inferiores de restrição alimentar do que os semi-vegetarianos e que os últimos exibiam valores mais altos de restrição alimentar do que os omnívoros. Na restrição alimentar, os valores dos vegetarianos não diferiram significativamente de nenhum outro grupo. Em comparação aos restantes grupos, os valores de ingestão externa foram significativamente menores nos veganos. Os

vegetarianos exibiram valores menores de ingestão externa do que os omnívoros, mas não em relação aos semi-vegetarianos. Finalmente, a ingestão emocional não obteve diferenças significativas entre os grupos (Timko, Hormes, & Chubski, 2012), sendo este o único ponto comum com a nossa investigação. Um outro estudo (Gilbody, Kirk, & Hill, 1999), aplicando o *DEBQ* a uma população feminina, revelou ausência de diferenças significativas entre os grupos de vegetarianas e omnívoras na ingestão emocional e externa, sendo semelhante ao nosso estudo. Quanto à restrição alimentar, os valores foram significativamente superiores nas mulheres vegetarianas do que nas mulheres omnívoras (Gilbody, Kirk, & Hill, 1999).

Quanto à restrição alimentar, encontram-se discrepâncias no seu estudo quando se comparam vegetarianos e não vegetarianos, visto que alguns não detetaram diferenças (e.g., Barr & Broughton, 2000; Fisak, Peterson, Tantleff-Dunn, & Molnar, 2006) e outros sugerirem maior restrição alimentar nos vegetarianos (e.g., Worsley & Skrzypiec, 1998) ou não vegetarianos (e.g., Curtis & Comer, 2006; Janelle & Barr, 1995).

Em relação aos afetos, as diferenças em função do tipo de dieta não são estatisticamente significativas, $F(12,1096)=0.870$, $p=.577$. As nossas conclusões não seguem no sentido do sugerido por White *et al.* (2013), que concluíram que, nos dias em que o consumo de frutas e vegetais aumentava, os participantes avaliaram-se como mais felizes e calmos e mais energéticos. Os resultados também contestam o descrito por Blanchflower, Oswald e Stewart-Brown (2012) que afirmam que sujeitos com percepção de bem-estar elevada tendem a consumir mais frutas e legumes.

Por fim, as diferenças na satisfação com a vida em função do tipo de dieta não são estatisticamente significativas, $F(6,1136.353)=1.699$, $p=.126$. Por um lado, os resultados analisados vão no sentido do preconizado por Corle *et al.* (2001) ao descrever uma investigação que não encontrou ligação entre uma dieta com elevado consumo de frutas, vegetais e fibra e baixo em gorduras e a satisfação com a vida. Por outro lado, os nossos dados contestam o manifestado por Steptoe, Perkins-Porras, Hilton, Rink e Cappuccio (2004) que associam o maior consumo de frutas e vegetais a uma qualidade de vida associada à saúde superior.

Analisando as informações prévias e os nossos resultados, as discrepâncias poderão advir da dificuldade em se assentar numa definição consensual de “vegetarianismo”. Assim, “vegetarianos puros” e semi-vegetarianos, apesar das suas

características díspares, tendem aglomerados no mesmo grupo (Gilbody, Kirk, & Hill, 1999; Klopp, Heiss, & Smith, 2003). A presente investigação, admitindo a divisão sugerida por Robinson e Hackett (Phillips, 2005) por ser a mais utilizada pela literatura (e.g., Fox & Ward, 2008; Key, Appleby, & Rosell, 2006), aglomerou as categorias do vegetarianismo por permitir avançar para uma análise estatística mais complexa (ver Resultados).

Após avaliação dos valores de ajustamento obtidos para o modelo causal da relação entre o comportamento alimentar e o BES, estabeleceu-se uma qualidade de ajustamento entre sofrível a boa. Como tal, o modelo explica 16% da variabilidade do BES. A dimensão emocional do comportamento alimentar influencia significativamente e de forma negativa o BES. A ingestão externa fá-lo de forma marginalmente negativa. As conclusões vão no sentido do referido pela literatura que demonstra como os afetos negativos – como o aborrecimento, a fadiga ou a depressão (Desmet & Schifferstein, 2008) – impactuam o comportamento alimentar na sua frequência (que tende a aumentar) e qualidade dos alimentos ingeridos (que tende a dirigir-se para alimentos mais calóricos; e.g., Greeno & Wing, 1994; Macht, Haupt, & Ellgring, 2005; Patel & Schlundt, 2001; Wolff, Crosby, Roberts, & Wittrock, 2000). A regulação do afeto realiza-se, então, através da alimentação; especialmente, pela redução do afeto negativo em indivíduos com comportamento alimentar compulsivo (Arnou, Kenardy, & Agras, 1992; Ganley, 1989; Heatherton & Baumeister, 1991).

Semelhantemente, um estudo holandês que procurou entender quais os indivíduos suscetíveis ou resistentes à obesidade determinou que o consumo desinibido se associava fortemente ao excesso de peso em pessoas com baixos níveis de restrição alimentar e em pessoas com altos níveis de ingestão emocional (van Strien, Herman, & Verheijden, 2009). Como se sabe, o excesso de peso, pelos constrangimentos físicos e interpessoais, influencia negativamente os afetos (Carr, Friedman, & Jaffe, 2007; Huebner, 1991; Park, 2004).

O modelo causal adverte-nos para o facto de a restrição alimentar não contribuir de forma significativa para a explicação do BES. Num estudo com raparigas universitárias, a restrição alimentar não se relacionava com o afeto negativo na condição sem intervenção (Adams & Leary, 2007). Neste, o afeto negativo foi menor na condição em que era solicitada a ingestão de um alimento pouco saudável e existia indução de pensamentos benevolentes sobre o próprio. Em contraste, um estudo que pretendeu

entender qual a relação entre a restrição alimentar e a saúde mental e qual a importância do prazer nesse cruzamento observou mais ansiedade associada a maior restrição alimentar (Appleton & McGowan, 2006), confrontando os resultados encontrados no presente estudo. Contudo, o mesmo estudo não encontrou qualquer efeito para a depressão ou para a satisfação com a vida (Appleton & McGowan, 2006), aproximando-se das nossas conclusões. Por seu lado, a nossa investigação colide com o facto de pacientes com AN, cuja tendência é possuírem níveis elevados de restrição alimentar, demonstrarem menor satisfação com a vida em comparação a mulheres sem esta patologia (Halvorsen & Heyerdahl, 2006) e revelam inconsistência de gestão das suas emoções (Harrison, Sullivan, Tchanturia, & Treasure, 2009), o que despoleta maiores níveis de afetos negativos (Geller, Cockell, Hewitt, Goldner, & Flett, 2000).

Finalmente, analisou-se qual a moderação do tipo de dieta sobre a relação entre o comportamento alimentar e o BES. Para tal, consideraram-se dois grupos de dietas: Omnívora e Outras Dietas (e.g., macrobiótica, vegana e vegetariana nos seus diferentes subtipos). Conclui-se que a ingestão externa demonstrou ser significativamente diferente nos dois tipos de dieta. Assim, o tipo de dieta modera a relação entre a ingestão externa e o BES. Na dieta omnívora, quando se passa de níveis moderados de ingestão externa para níveis elevados, o decréscimo nos níveis de BES é relativamente constante. Nas restantes dietas, quando se passa de níveis moderados de ingestão externa para níveis elevados, o decréscimo nos níveis de BES é mais acentuado.

Ainda que o efeito se evidencie mais no grupo das Outras Dietas, a relação em ambos os grupos pode justificar-se pelo facto de, sendo a ingestão externa influenciada por fatores externos da comida e fatores sociais (Viana & Sinde, 2003), os níveis de BES serem afetados negativamente devido às consequências ponderadas do consumo exagerado de comida, podendo conduzir a um comportamento alimentar patológico (Stice, 2001; Stice, Akutagawa, Gagar, & Agras, 2000; Stice, Mazotti, Weibel, & Agras, 2000). De facto, Appleton & McGowan (2006) concluírem que o prazer associado à alimentação é um moderador fulcral na relação entre a restrição alimentar e a saúde mental, visto que maior prazer associado à alimentação em conjunto com níveis de restrição alimentar elevados estavam individualmente e significativamente associados ao aumento da ansiedade (afeto negativo).

Por sua vez, recorrendo à *Escape Theory* de Heatherton e Baumeister (1991), o efeito pode dever-se à ansiedade causada pela restrição do limiar de atenção aos estímulos

imediatos do ambiente (e.g., pistas acessíveis de comida, como *snacks*) de maneira a desviar a atenção de afetos negativos (e.g., depressão). Assim sendo, estando a ingestão externa bastante associada à impulsividade (e.g., Ouwens, van Strien, & van Leeuwe, 2009), pondera-se que o afeto negativo sentido após a ingestão acima do habitual ou envolvido na incapacidade de resistir às pistas físicas da comida poderão ser os motivos para o decréscimo de BES. Efetivamente, reconhece-se que uma regulação controlada se associa positivamente a comportamentos alimentares disfuncionais e negativamente a comportamentos alimentares saudáveis (Shapiro, Newcomb, & Loeb, 1997).

O sugerido apoia-se também na evidência das dificuldades na regulação da quantidade ou qualidade da comida consumida (e.g. Garner & Wooley, 1991; Kuczmarski, Flegal, Campbell, & Johnson, 1994; Pelletier, Dion, Slovinec-D'Angelo, & Reid, 2004). Para certas pessoas, a sua autorregulação leva geralmente a um consumo exagerado de comida ou, em alguns casos, ao desenvolvimento de comportamentos alimentares patológicos (e.g., Pelletier *et al.*, 2004). Por seu lado, o comportamento alimentar desinibido crónico – especialmente em dietas com alta ingestão de gordura e calorias – pode contribuir para a obesidade, promovendo o aparecimento de complicações médicas (VanItallie & Lew, 1992). Neste decorrer, sendo a obesidade altamente estigmatizada, a condição associa-se a baixa autoestima, depressão e aumento da ansiedade (Heatherton, 1993). Como tal, não surpreende a associação entre os sintomas depressivos e a ingestão externa (e ingestão emocional; e.g., Paans, Bot, van Strien, Brouwer, Visser, & Penninx, 2017).

Ressalva-se que as consequências da preocupação relativamente à dieta e a privação alimentar, independentemente de ser voluntária ou involuntária, propendem a disrupções cognitivas (e.g., distração, foco na alimentação), resposta emocional amplificada e compulsão alimentar quando a restrição cessa (Polivy, 1996). De facto, os sujeitos em dieta revelam incapacidade em limitar a alimentação de forma a que, a longo prazo, diminuam o peso (Heatherton, Polivy, & Herman, 1991; Klesges, Isbell, & Klesges, 1992; Tiggemann, 1994). Aqueles cujo peso oscila regularmente apresentam menor bem-estar geral, eficácia alimentar diminuída e níveis de *stress* mais elevados que aqueles que mantêm o peso (Foreyt *et al.*, 1995). Os impactos negativos espelham consequências ora da privação psicológica (i.e., evitamento de um alimento desejado durante a dieta), que favorece o *stress* por não poder ingerir alimentos preferidos, ora da quantidade insuficiente de comida e/ou privação (Polivy, 1996).

Curiosamente, é interessante que o efeito seja mais evidente nos participantes com Outras Dietas, já que a alteração da dieta tende, particularmente no vegetarianismo e além de justificada por inúmeras razões (e.g., Hoek, Luning, Stafleu, & de Graaf, 2004; Lea & Worsley, 2001), a ser sincrética (e.g., Beardsworth & Keil, 1991; Rozin, Markwith, & Stoess, 1997; Whorton, 1994).

É pertinente sugerir como estudo futuro a análise dos motivos pelos quais as dietas vegetarianas tenderam a apresentar um decréscimo acentuado no seu BES perante um aumento da ingestão externa e de que forma tal relação difere em dietas omnívoras. Incentiva-se também o desenvolvimento de outros modelos causais que procurem interligar o comportamento alimentar e o BES, nomeadamente, pelo estudo de outras variáveis referidas na literatura científica. Adicionalmente, propõe-se o entendimento aprofundado dos motivos pelos quais o tipo de dieta modera a relação entre a ingestão externa e o BES, de forma a aprofundar o conhecimento acerca desta associação.

É nosso dever refletir ainda sobre as limitações da presente investigação para que se possa fomentar estudos futuros mais rigorosos. Primeiramente, o pequeno número da amostra das Outras Dietas pode ter dificultado a sua generalização para a população que segue tais dietas. Em investigações posteriores, deve ambicionar-se recolher um número extenso de participantes que possuam diferentes dietas, podendo aproximar-se aos participantes omnívoros. O referido irá também permitir distinguir “vegetarianos puros” de semi-vegetarianos. Por outro lado, a extensão do questionário e quatro instrumentos relativamente longos, poderá ter exigido maior capacidade de resiliência que aquela que os participantes detinham ou estavam aptos a despender. Dessa situação, pode antever-se respostas aleatórias e/ou respostas incorretas.

A título de conclusão, a presente investigação poderá constituir uma mais-valia perante uma diminuta e inconsistente investigação entre a associação estudada, visto que, apesar de existir uma relação clara entre a satisfação com a vida, os afetos positivos e negativos (dimensões do BES) e o comportamento alimentar, o construto BES, tal como descrito na literatura, ainda não havia sido considerado nessa relação – pelo menos, o seio das investigações a que tivemos acesso. Mais, o decréscimo do consumo de carne nas últimas décadas (Beardsworth & Keil, 1991; Phillips, 2005) é razão suficiente para que se invista na expansão do conhecimento sobre o comportamento alimentar destes sujeitos e as suas particularidades. Desta forma, revela-se fundamental a continuidade da

investigação sobre a relação entre o comportamento alimentar e o BES e qual o impacto de diferentes dietas nessa relação e/ou em outras variáveis.

Referências

- Abraham, S. F., Brown, T., Boyd, C., Luscombe, G., & Russell, J. (2006). Quality of life: Eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (2), 150-155. doi:10.1111/j.1440-1614.2006.01762.x
- Abdallah, T. (1998). The Satisfaction with Life Scale (SWLS): Psychometric properties in an Arabic-speaking sample. *International Journal of Adolescence and Youth*, 7 (2), 113-119. doi:10.1080/02673843.1998.9747816
- Adams, C. E., & Leary, M. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26 (10), 1120-1144. doi:10.1521/jscp.2007.26.10.1120
- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 153-164. doi:10.1590/S0102-37722004000200008
- Amarantos, E., Martinez, A., & Dwyer, J. (2001). Nutrition and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology*, 56 (Suppl. 2), 54-64. doi:10.1093/gerona/56.suppl_2.54
- American Dietetic Association. (2005). Liberalization of the diet prescription improves quality of life for older adults in long-term care. *Journal of the American Dietetic Association*, 105, 1955-1965. doi:10.1016/j.jada.2005.10.004
- Anschutz, D., Van Strien, T., Van De Ven, M., & Engels, R. (2009). Eating styles and energy intake in young women. *Appetite*, 53 (1), 119-122. doi:10.1016/j.appet.2009.03.016
- Appleton, K. M., & McGowan, L. (2006). The relationship between restrained eating and poor psychological health is moderated by pleasure normally associated with eating. *Eating Behaviors*, 7, 342-347. doi:10.1016/j.eatbeh.2005.11.008

- Arnow, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1992). Binge-eating among the obese: A descriptive study. *Journal of Behavioral Medicine, 15* (2), 155-170. doi:10.1007/BF00848323
- Arnow, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1995). The emotional eating scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders, 18* (1), 79-90. doi:10.1002/1098-108x(199507)18:1<79::aid-eat2260180109>3.0.co;2-v#
- Arrindell, W. A., Heesink, J. A. M., & Feij, J. A. (1999). The Satisfaction With Life Scale (SWLS): Appraisal with 1700 healthy young adults in the Netherlands. *Personality and Individual Differences, 26* (5), 815-826. doi:10.1016/s0191-8869(98)00180-9
- Arrindell, W. A., Meeuwesen, L., & Huyse, F. J. (1991). The Satisfaction With Life Scale (SWLS): Psychometric properties in a non-psychiatric medical outpatients sample. *Personality and Individual Differences, 12* (2), 117-123. doi:10.1016/0191-8869(91)90094-R
- Ball, K., Crawford, D., & Kenardy, J. (2004). Longitudinal relationships among overweight, life satisfaction, and aspirations in young women. *Obesity Research, 12* (6), 1019-1030. doi:10.1038/oby.2004.125
- Barr, S. I., & Broughton, T. M. (2000). Relative weight, weight loss efforts and nutrient intakes among health-conscious vegetarian, past vegetarian, and nonvegetarian women ages 18-50. *Journal of the American College of Nutrition, 19* (6), 781-788. doi: 10.1080/07315724.2000.10718078
- Barr, J. T., & Schumacher, G. E. (2003). The need for a nutrition-related quality-of-life measure. *Journal of the American Dietetic Association, 103* (2), 177-180. doi:10.1053/jada.2003.50058
- Barr, J. T., Schumacher, G., & Myers, E. F. (2001). Case problem: Quality of life outcomes assessment. How can you use it in medical nutrition therapy? *Journal of the American Dietetic Association, 101*, 1064-1066. doi:10.1016/S0002-8223(01)00262-0

- Baucom, D. H., & Aiken, P. A. (1981). Effect of depressed mood on eating among nonobese dieting and nondieting persons. *Journal of Personality and Social Psychology*, *41* (3), 577-585. doi:10.1037/0022-3514.41.3.577
- Beardsworth, A., D. & Keil, E., T. (1991). Health-related beliefs and dietary practices among vegetarians and vegans: A qualitative study. *Health Education Journal*, *50* (1), 38-42. doi:10.1177/001789699105000111
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Briere, N. M. (1989). L'Echelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du "Satisfaction With Life Scale". *Canadian Journal of Behavioral Science*, *21* (2), 210-223. doi:10.1037/h0079854
- Blanchflower, D. G., Oswald, A. J., & Stewart-Brown, S. (2012). Is psychological well-being linked to the consumption of fruit and vegetables? *Social Indicators Research*, *114* (3), 785-801. doi:10.1007/s11205-012-0173-y
- Bleau, R. (1996). Dietary restraint and anxiety in adolescent girls. *British Journal of Clinical Psychology*, *35* (4), 573-583. doi:10.1111/j.2044-8260.1996.tb01213.x
- Block, L. G., Grier, S. A., Childers, T. L., Davis, B., Ebert, J. E. J., Kumanyika, S., ... van Ginkel Bieshaar, M. N. G. (2011). From nutrients to nurturance: A conceptual introduction to food well-being. *Journal of Public Policy & Marketing*, *30* (1), 5-13. doi: 10.1509/jppm.30.1.5
- Blundell, J., Lawton, C., & Halford, J. (1995). Serotonin, eating behavior, and fat intake. *Obesity Research*, *3* (Suppl. 4), 471S-476S. doi:10.1002/j.1550-8528.1995.tb00214.x
- Caro, M. M. M., Laviano, A., & Pichard, C. (2007a). Impact of nutrition on quality of life during cancer. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, *10* (4), 480-487. doi:10.1097/MCO.0b013e3281e2c983
- Caro, M. M. M., Laviano, A., & Pichard, C. (2007b). Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. *Clinical Nutrition*, *26* (3), 289-301. doi:10.1016/j.clnu.2007.01.005

- Carr, D., Friedman, M. A., & Jaffe, K. (2007). Understanding the relationship between obesity and positive and negative affect: The role of psychosocial mechanisms. *Body Image*, 4 (2), 165-177. doi:10.1016/j.bodyim.2007.02.004
- Christensen, L. (1993). Effects of eating behavior on mood: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 14 (2), 171-183. doi:10.1002/1098-108X(199309)14:2<171::AID-EAT2260140207>3.0.CO;2-U
- Cooke, L. J., Wardle, J., Gibson, E., L., Sapochnik, M., Sheiham, A., & Lawson, M. (2003). Demographic, familial and trait predictors of fruit and vegetable consumption by pre-school children. *Public Health Nutrition*, 7 (2), 295-302. doi:10.1079/PHN2003527
- Cools, J., Schotte, D. E., & McNally, R. J. (1992). Emotional arousal and overeating in restrained eaters. *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (2), 348-351. doi:10.1037//0021-843X.101.2.348
- Coppen, A., & Bailey, J. (2000). Enhancement of the antidepressant action of fluoxetine by folic acid: A randomised, placebo controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 60, 121-130. doi:10.1016/S0165-0327(00)00153-1
- Coppen, A., & Bolander-Gouaille, C. (2005). Treatment of depression: Time to consider folic acid and vitamin B12. *Journal of Psychopharmacology*, 19 (1), 59-65. doi:10.1177/0269881105048899
- Costa, A. B. O. (2013). *Bem-estar subjetivo: Validação das escalas PANAS e SWLS a uma amostra de idosos portugueses institucionalizados*. (Tese de Mestrado em Psicologia Clínica). Instituto Superior Miguel Torga, Portugal.
- Corle, D. K., Sharbaugh, C., Mateski, D. J., Coyne, T., Paskett, E. D., Cahill, J., ... The PPT Study Group (2001). Self-rated quality of life measures: Effect of change to a low-fat, high-fiber, fruit and vegetable enriched diet. *Annals of Behavioural Medicine*, 23 (3), 198-207. doi:10.1207/s15324796abm2303_7#

- Curtis, M. J., & Comer, L. K. (2006). Vegetarianism, dietary restraint, and feminist identity. *Eating Behaviors*, 7, 91-104. doi:10.1016/j.eatbeh.2005.08.002
- Davis, R., Freeman, R. J., & Garner, D. M. (1988). A naturalistic investigation of eating behavior in bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (2), 273-279. doi:10.1037//0022-006X.56.2.273
- Dean, M., Grunert, K.G., Raats, M. M., Nielsen, N. A., Lumbers, M., & Food in Later Life Team. (2008). The impact of personal resources and their goal relevance on satisfaction with food-related life among the elderly. *Appetite*, 50 (2-3), 308-315. doi:10.1016/j.appet.2007.08.007
- De Castro, J. M. (1987). Macronutrient relationships with meal patterns and mood in the spontaneous feeding behavior of humans. *Physiology and Behaviour*, 39, 561-569. doi:10.1016/0031-9384(87)90154-5
- Desmet, P. M. A., & Schifferstein, H. N. J. (2008). Sources of positive and negative emotions in food experience. *Appetite*, 50 (2-3), 290-301. doi:10.1016/j.appet.2007.08.003
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 547-575. doi:10.1037/0033-2909.95.3.542
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55 (1), 34-43. doi:10.1037/0003-066X.55.1.34
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (5), 926-935. doi:10.1037/0022-3514.68.5.926

- Diener, E., Larsen, R. J., Levine, S., & Emmons, R. A. (1985). Intensity and frequency: Dimensions underlying positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, *48* (5), 1253-1265. doi: 10.1037//0022-3514.48.5.1253
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *American Psychological Association*, *125*, 276-310. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276
- Dohnt, H. K., & Tiggemann, M. (2006). Body image concerns in young girls: The role of peers and media prior to adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *35* (2), 141-151. doi:10.1007/s10964-005-9020-7
- Drewnowski, A., Monsen, E., Birkett, D., Gunther, S., Venderland, S., Su, J., ... Marshall, G. (2003). Health screening and health promotion programs for the elderly. *Disease Management and Health Outcomes*, *11* (5), 223-299. doi:10.2165/00115677-200311050-00003#
- Eid, M., & Diener, E. (2004). Global judgments of subjective well-being: Situational variability and long-term stability. *Social Indicators Research*, *65*, 245-277. doi:10.1023/B:SOCI.00000003801.89195.bc
- Felce, D. (1997). Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, *41* (2), 126-135. doi:10.1111/j.1365-2788.1997.tb00689.x
- Fisak, B., Peterson, R. D., Tantleff-Dunn, S., & Molnar, J. M. (2006). Challenging previous conceptions of vegetarianism and eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, *11*, 195-200. doi:10.1007/BF03327571
- Fontaine, K.R., & Bartlett, S. J. (1998). Estimating health-related quality of life in obese individuals. *Disease Management & Health Outcomes*, *3* (2), 61-70. doi:10.1046/j.1467-789x.2001.00032.
- Forste, R., & Moore, E. (2012). Adolescent obesity and life satisfaction: Perceptions of self, peers, family, and school. *Economics & Human Biology*, *10* (4), 385-394. doi:10.1016/j.ehb.2012.04.008

- Foreyt, J. P., Brunner, R. L., Goodrick, G. K., Cutter, G., Brownell, K. D., & St. Jeor, S. T. (1995). Psychological correlates of weight fluctuation. *International Journal of Eating Disorders*, *17* (3), 263-275. doi:10.1002/1098-108X(199504)17:3<263::AID-EAT2260170307>3.0.CO;2-N
- Fox, N., & Ward, K. (2008). Health, ethics and environment: A qualitative study of vegetarian motivations. *Appetite*, *50*, 422-429. doi: 10.1016/j.appet.2007.09.007
- Furst, T., Connors, M., Bisogni, C. A., Sobal, J., & Falk, L. W. (1996). Food choice: A conceptual model of the process. *Appetite*, *26* (3), 247-165. doi:10.1006/appe.1996.0019
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. P. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, *2* (XXIII), 219-227.
- Ganley, R. M. (1989). Emotion and eating in obesity: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, *8* (3), 343-361. doi:10.1002/1098-108x(198905)8:3<343::aid-eat2260080310>3.0.co;2-c
- Garner, D. M., & Wooley, S. C. (1991). Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clinical Psychology Review*, *11* (6), 729-780. doi:10.1016/0272-7358(91)90128-H
- Grant, N., Wardle, J., & Steptoe, A. (2009). The relationship between life satisfaction and health behavior: a cross-cultural analysis of young adults. *International Journal of Behavioral Medicine*, *16* (3), 259-268. doi:10.1007/s12529-009-9032-x
- Geller, J., Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Goldner, E. M., & Flett, G. L. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *28* (1), 8-19. doi:10.1002/1098-108X(200007)28:1<8::AID-EAT2>3.0.CO;2-U
- Gill, T. M., & Feinstein, A. R. (1994) A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Journal of the American Medical Association*, *272* (8), 619-626. doi:10.1001/jama.272.8.619

- Gilbody, S. M., Kirk, S. F. L., & Hill, A. J. (1999). Vegetarianism in young women: Another means of weight control? *The International Journal of Eating Disorders*, *26*, 87-90. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199907)26:1<87::AID-EAT11>3.0.CO;2-M
- Green, D. P., Goldman, S. L., & Salovey, P. (1993). Measurement error masks bipolarity in affect ratings. *Journal of Personality and Social Psychology*, *64* (6), 1029-1041. doi:10.1037/0022-3514.64.6.1029
- Greeno, C., & Wing, R. (1994). Stress-induced eating. *Psychological Bulletin*, *115* (3), 444-464. doi:10.1037/0033-2909.115.3.444
- Gruner, K. G., Dean, M., Raatsm, M. M., Nielsen, N. A., Lumber, M., & Food in Later Life Team (2007). A measure of satisfaction with food-related life. *Appetite*, *49*, 486-493. doi:10.1016/j.appet.2007.03.010
- Guyatt, G. H., & Cook, D. J. (1994). Health status, quality of life, and the individual. *Journal of the American Medical Association*, *272* (8), 630-631. doi:10.1001/jama.1994.03520080072047
- Haas, B. K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western Journal of Nursing Research*, *21*, 728-742. doi:10.1177/01939459922044153
- Halvorsen, I., & Heyerdahl, S. (2006). Girls with anorexia nervosa as young adults: Personality, self-esteem, and life satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, *39* (4), 285-293. doi:10.1002/eat.20248
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *16* (4), 348-358. doi:10.1002/cpp.628
- Hayes, J. F., D'Anci, K. E., & Kanarek, R. B. (2011). Foods that are perceived as healthy or unhealthy differentially alter young women's state body image. *Appetite*, *57*, 384-387. doi:10.1016/j.appet.2011.05.323

- Heatherton, T. F. (1993). Body dissatisfaction, self-focus, and dieting status, and dieting status among women. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7 (4), 225-231. doi:10.1037/0893-164X.7.4.225
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110 (1), 86-108. doi:10.1037/0033-2909.110.1.86
- Heatherton, T. F., Herman, C. P., & Polivy, J. (1991). Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60 (1), 138-143. doi:10.1037/0022-3514.60.1.138#
- Heatherton, T. F., Polivy, J., & Herman, C. P. (1991). Restraint, weight loss, and variability of body weight. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (1), 78-83. doi:10.1037//0021-843X.100.1.78
- Hepworth, R., Mogg, K., Brignell, C., & Bradley, B. (2010). Negative mood increases selective attention to food cues and subjective appetite. *Appetite*, 54 (1), 134-142. doi:10.1016/j.appet.2009.09.019
- Hoek, A. C., Luning, P. A., Stafleu, A., & de Graaf, C. (2004). Food-related lifestyle and health of Dutch vegetarians, non-vegetarian consumers of meat substitutes, and meat consumers. *Appetite*, 42, 265-272. doi:10.1016/j.appet.2003.12.003
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2ed.). Edições Sílabo: Lisboa.
- Huebner, E. (1991). Correlates of life satisfaction in children. *School Psychology Quarterly*, 6 (2), 103-111. doi:10.1037/h0088805
- Hsieh, C. M. (2003). Counting importance: The case of life satisfaction and relative domain importance. *Social Indicators Research*, 61 (2), 227-240. doi:10.2307/27527070
- Ioakimidis, I., Zandian, M., Ulbl, F., Bergh, C., Leon, M., & Sodersten, P. (2011). How eating affects mood. *Physiology and Behaviour*, 103, 290-294. doi:10.1016/j.physbeh.2011.01.025

- Jacka, F. N., Pasco, J. A., Mykletun, A., Williams, L. J., Hodge, A. M., O'Reilly, S. L., ... Berk, M. (2010). Association of Western and traditional diets with depression and anxiety in women. *American Journal of Psychiatry*, *167* (3), 305-311. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09060881
- Jackson, J. A., Kinn, S., & Dalgarno, P. (2005). Patient-centred outcomes in dietary research. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *18*, 83-92. doi:10.1111/j.1365-277X.2004.00581.x
- Janelle, K. C. & Barr, S. I. (1995). Nutrient intakes and eating behavior scores of vegetarian and non-vegetarian women. *Journal of the American Dietetic Association*, *95* (2), 180-189. doi:10.1016/S0002-8223(95)00045-3
- Jensen, G., Kita, K., Fish, J., Heydt, D., & Frey, C. (1997). Nutrition risk screening characteristics of rural older persons: relation to functional limitations and health care charges. *American Journal of Clinical Nutrition*, *66* (4), 819-828. doi:10.1093/ajcn/66.4.819
- Keilen, M., Treasure, T., Schmidt, U., & Treasure, J. (1994). Quality of life measurements in eating disorders, angina, and transplant candidates: Are they comparable? *Journal of the Royal Society of Medicine*, *87* (8), 441-444.
- Kenardy, J., Butler, A., Carter, C., & Moor, S. (2003). Eating, mood, and gender in a non-eating disorder population. *Eating Behaviors*, *4*, 149-158. doi:10.1016/S1471-0153(03)00019-9
- Key, T., Appleby, P. N., & Rosell, M. S. (2006). Health effects of vegetarian and vegan diets. *Proceedings of the Nutrition Society*, *65*, 35-41. doi:10.1079/PNS2005481
- Klesges, R. C., Isbell, T. R., & Klesges, L. M. (1992). Relationship between dietary restraint, energy intake, physical activity, and body weight: A prospective analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, *101* (4), 668-674. doi:10.1037/0021-843X.101.4.668

- Klopp, S. A., Heiss, C. J., & Smith, H. S. (2003). Self-reported vegetarianism may be a marker for college women at risk for disordered eating. *Journal of the American Dietetic Association*, 103 (6), 745-747. doi:10.1053/jada.2003.50139
- Kolotkin, R. L., Meter, K., & Williams, G. R. (2001). Quality of life and obesity. *Obesity Reviews*, 2 (4), 219-229. doi:10.1046/j.1467-789X.2001.00040.x
- Kuczmarski, R. J., Flegal, K. M., Campbell, S. M., & Johnson, C. L. (1994). Increasing prevalence of overweight among US adults: The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1960 to 1991. *JAMA*, 272 (3), 205-211. doi:10.1001/jama.272.3.205
- Laitinen, J., Ek, E., & Sovio, U. (2002). Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior. *Preventive Medicine*, 34 (1), 29-39. doi:10.1006/pmed.2001.0948
- Langius, J. A. E., Zandbergen, M. C., Eerenstein, S. E. J., van Tulder, M. W., Leemans, R. L., Kramer, M. H. H., & Weijs, P. J. W. (2013). Effect of nutritional interventions on nutritional status, quality of life and mortality in patients with head and neck cancer receiving (chemo)radiotherapy: A systematic review. *Clinical Nutrition*, 3, 67-678. doi:10.1016/j.clnu.2013.06.012
- Larsen, R. J., Diener, E., & Emmons, R. A. (1985). An evaluation of subjective well-being measures. *Social Indicators Research*, 17, 1-17. doi:10.1007/BF00354108
- Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33 (1), 109-125. doi:10.1093/geronj/33.1.109
- Latner, J. D., Stunkard, A. J., & Wilson, G. T. (2005). Stigmatized students: Age, sex, and ethnicity effects in the stigmatization of obesity. *Obesity Research*, 13 (7), 1226-1231. doi:10.1038/oby.2005.145
- Lea, E., & Worsley, A. (2001). Influences on meat consumption in Australia. *Appetite*, 36, 127-136. doi:10.1006/appe.2000.0386

- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., & Cudeck, R. (1993). Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology, 102* (3), 438-444. doi:10.1037/0021-843X.102.3.438
- Liem, D. J., & Graaf, C. (2004). Sweet and sour preferences in young children and adults: Role of repeated exposure. *Psychology & Behavior, 83* (3), 421-429. doi:10.1016/j.physbeh.2004.08.028
- Lingswiler, V. M., Crowther, J. H., & Stephens, M. A. (1989). Affective and cognitive antecedents to eating episodes in bulimia and binge eating. *International Journal of Eating Disorders, 8* (5), 533-539. doi:10.1002/1098-108X(198909)8:5<533::AID-EAT2260080505>3.0.CO;2-O
- Loth, K., van den Berg, P., Eisenberg, M., & Neumark-Sztainer, D. (2008). Stressful life-events and disordered eating behaviors: Findings from Project EAT. *Journal of Adolescent Health, 43*, 514-516. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.03.007
- Lowe, M., & Fisher, E. J. (1983). Emotional reactivity, emotional eating, and obesity: A naturalistic study. *Journal of Behavioral Medicine, 6* (2), 135-149. doi:10.1007/BF00845377
- Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology, 71* (3), 616-628. doi:10.1037/0022-3514.71.3.616
- Macht, M. (1999). Characteristics of eating in anger, fear, sadness, and joy. *Appetite, 33* (1), 129-139. doi:10.1006/appe.1999.0236
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite, 50*, 1-11. doi:10.1016/j.appet.2007.07.002
- Macht, M., & Dettmer, D. (2006). Everyday mood and emotions after eating a chocolate bar or an apple. *Appetite, 46*, 332-336. doi:10.1016/j.appet.2006.01.014

- Macht, M., Haupt, C., & Ellgring, H. (2005). The perceived function of eating is changed during examination stress: A field study. *Eating Behaviors, 6* (2), 109–112. doi:10.1016/j.eatbeh.2004.09.001
- Macht, M., Haupt, C., & Salewsky, A. (2004). Emotions and eating in everyday life: Application of the experience-sampling method. *Ecology of Food and Nutrition, 43*, 11-21. doi:10.1080/03670240490454723
- Macht, M., Meininger, J., & Roth, J. (2005). The pleasures of eating: A qualitative analysis. *Journal of Happiness Studies, 6* (2), 137-160. doi:10.1007/s10902-005-0287-x
- Macht, M., Roth, S., & Ellgring, H. (2002). Chocolate eating in healthy men during experimentally induced sadness and joy. *Appetite, 39*, 147-158. doi:10.1006/appe.2002.0499
- Macht, M., & Simons, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Appetite, 35*, 65-71. doi:10.1006/appe.2000.0325
- Marôco, J. (2017). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações* (2^{ed}). ReportNumber: Portugal.
- Mikolajczyk, R., Ansari, W., & Maxwell, A. (2009). Food consumption frequency and perceived stress and depressive symptoms among students in three European countries. *Nutrition Journal, 8* (1), 31-39. doi:10.1186/1475-2891-8-31
- Moons, P., Budts, W., & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualization of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies, 43*, 891-901. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.03.015
- Morley, J. E. (1997). Anorexia of aging: Physiologic and pathologic. *American Journal of Clinical Nutrition, 66* (4), 760-777. doi:10.1093/ajcn/66.4.760
- Muhlethaler, R., Stuck, A., Minder, C., & Frey, B. (1995). The prognostic significance of protein-energy malnutrition in geriatric patients. *Age Ageing, 24* (3), 193-197. doi:10.1016/j.clnu.2011.09.010

- Ng, D., & Jeffery, R. (2003). Relationships between perceived stress and health behaviours in a sample of working adults. *Health Psychology, 22* (6), 638-642. doi:10.1037/0278-6133.22.6.638
- Nunes, L. N. V. (2009). *Promoção do bem-estar subjectivo dos idosos através da intergeracionalidade* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Portugal.
- O'Connor, D., Jones, F., Connor, M., McMillan, B., & Ferguson, E. (2008). Effects of daily hassles and eating style on eating behavior. *Health Psychology, 27* (1 Suppl.), S20-S31. doi:10.1037/0278-6133.27.1.S20
- Oliver, G., Wardle, J., & Gibson, E. (2000). Stress and food choice: A laboratory study. *Psychosomatic Medicine, 62* (6), 853-865. doi:10.1017/S0021963001007727
- Ogden, J., & Wardle, J. (1991). Cognitive and emotional responses to food. *International Journal of Eating Disorders, 10*, 297-312. doi:10.1037/0278-6133.13.2.114
- Oliver, G., & Wardle, J. (1999). Perceived effects of stress on food choice. *Physiological Behavior, 66*, 511-515. doi:10.1016/S0031-9384(98)00322-9
- Ouwens, M., van Strien, T., & van Leeuwe, J. F. J. (2009). Possible pathways between depression, emotional and external eating. A structural equation model. *Appetite, 53* (2), 245-248. doi:10.1016/j.appet.2009.06.001
- Paans, N., Bot, M., van Strien, T., Brouwer, I. A., Visser, M., & Penninx, B. W. J. H. (2017). Eating styles in major depressive disorder: Results from a large-scale study. *Journal of Psychiatric Research, 97*, 38-46. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.11.003
- Padierna, A. J., Quintana, M., Arostegui, I., Gonzalez, N., & Horcajo, M. J. (2000). The health-related quality of life in eating disorders. *Quality of Life Research, 9* (6), 667-674. doi:10.2307/4036090
- Park, N. (2004). The role of subjective well-being in positive youth development. *The Annals of the American Academy, 591*, 25-39. doi:10.1177/0002716203260078
- Patel, K., & Schlundt, D. (2001). Impact of moods and social context on eating behavior. *Appetite, 36*, 111-118. doi:10.1006/appe.2000.0385

- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172. doi:10.1007/978-90-481-2354-45
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57 (3), 149-161. doi:10.1207/s15327752jpa5701_17
- 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
- Phillips, F. (2005). Vegetarian nutrition. *Nutrition Bulletin*, 30, 132-167. doi:10.1111/j.1467-3010.2005.00467.x
- Polivy, J. (1996). Psychological consequences of food restriction. *Journal of the American Dietetic Association*, 96 (6), 589-592. doi:10.1016/S0002-8223(96)00161-7
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2003). Psychosocial origins of obesity stigma: Toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews*, 4, 213-227. doi:10.1046/j.1467-789X.2003.00122.x
- Rolls, B. J. (1999). Do chemosensory changes influence food intake in the elderly? *Physiology and Behavior*, 66 (2), 193-197. doi:10.1016/S0031-9384(98)00264-9
- Rose, N., Soperski, S., & Golomb, B. (2010). Mood food: Chocolate and depressive symptoms in a cross-sectional analysis. *Archives of Internal Medicine*, 170 (8), 699-703. doi:10.1001/archinternmed.2010.78
- Rozin, P., Fischler, C., Imada, S., Sarubin, A., & Szresniewski, A. (1999). Attitudes to food and the role of food in life in the U.S.A., Japan, Flemish Belgium and France: possible implications for the diet-health debate. *Appetite*, 33 (2), 163-180. doi:10.1006/appe.1999.0244

- Ruderman, A. J. (1985a). Dysphoric mood and overeating: A test of restraint theory's disinhibition hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 35-40. doi:10.1037//0021-843X.94.1.78
- Ruderman, A. J. (1985b). Restraint, obesity, and bulimia. *Behaviour Research and Therapy, 23* (2), 151-156. doi:10.1016/0005-7967(85)90023-3
- Ruderman, A. J., & Besbeas, M. (1992). Psychological characteristics of dieters and bulimics. *Journal of Abnormal Psychology, 101* (3), 383-390. doi:10.1037//0021-843X.101.3.383
- Sanders, C., Egger, M., Donovan, J., Tallon, D., & Frankel, S. (1998). Reporting on quality of life in randomised controlled trials: Bibliographic study. *British Medical Journal, 31*, 1191-1194. doi: 10.1136/bmj.317.7167.1191
- Shapiro, S., Newcomb, M., & Loeb, T. B. (1997). Fear of fat, disregulated-restrained eating, and body-esteem: Prevalence and gender differences among eight-to ten-year-old children. *Journal of Clinical Child Psychology, 26* (4), 358-365. doi:10.1207/s15374424jccp2604_4
- Shevlin, M., Brunsten, V., & Miles, J. N. V. (1997). Satisfaction With Life Scale: Analysis of factorial invariance, mean structures and reliability. *Personality and Individual Differences, 25*, 911-916. doi:10.1016/S0191-8869(98)00088-9
- Schlettwein-Gsell, D. (1992). Nutrition and the quality of life: A measure for the outcome of nutritional intervention? *American Journal of Clinical Nutrition, 55*, 1263S-1266S. doi:10.1093/ajcn/55.6.1263S
- Schimmack, U., Radhakrishnan, P., Oishi, S., Dzokoto, V., & Ahadi, S. (2002). Culture, personality, and subjective well-being: Integrating process models of life satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 82* (4), 582-593 doi:10.1037/0022-3514.82.4.582
- Schneider, G. (2004). What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 39* (3), 227-237. doi:10.1016/j.archger.2004.03.005

- Schotte, D. E., Cools, J., & McNally, R. J. (1990). Film-induced negative affect triggers overeating in restrained eaters. *Journal of Abnormal Psychology, 99* (3), 317-320. doi:10.1037/0021-843X.99.3.317
- Schwartz, D. J., Phares, V., Tantless-Dunn, S., & Thompson, J. K. (1999). Body image, psychological functioning, and parental feedback regarding physical appearance. *International Journal of Eating Disorders, 25* (3), 339-343. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(199904)25:3<339::AID-EAT13>3.0.CO;2-V
- Simões, A. Lima, M. P., Vieira, C. M. C., Ferreira, J. A., Oliveira, A. L., Alcoforado, L., ... Sousa, L. N. (2006). Promover o bem-estar dos idosos: Um estudo experimental. *Psychologica, 42*, 115-131.
- Stephoe, A., Dockray, S. & Wardle, J. (2009). Positive affect and psychobiological processes relevant to health. *Journal of Personality, 77* (6), 1747-1476. doi:10.1111/j.1467-6494.2009.00599.x
- Stephoe, A., Perkins-Porras, L., Hilton, S., Rink, E., & Cappuccio, F. P. (2004). Quality of life and self-rated health in relation to changes in fruit and vegetable intake and in plasma vitamins C and E in a randomised trial of behavioural and nutritional education counselling. *British Journal of Nutrition, 92*, 177-184. doi:10.1079/BJN20041177
- Stice, E. (1994). A review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review, 14* (7), 633-661. doi:10.1016/0272-7358(94)90002-7#
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology, 110* (1), 124-135. doi:10.1037/0021-843X.110.1.124
- Stice, E., Akutagawa, D., Gaggar, A., & Agras, W. S. (2000). Negative affect moderates the relation between dieting and binge eating. *International Journal of Eating Disorders, 27* (2), 218-229. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(200003)27:2<218::AID-EAT10>3.0.CO;2-1

- Stice, E., Mazotti, L., Weibel, D., & Agras, W. S. (2000). Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 27 (2), 206-217. doi:10.1002/(SICI)1098-108X(200003)27:2<206::AID-EAT9>3.0.CO;2-D
- Stice, E., Killen, J. D., Hayward, C., & Taylor, C. B. (1998). Age of onset for binge eating and purging during adolescence: A four-year survival analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 107 (4), 671-675. doi:10.1037//0021-843X.107.4.671#
- Stice, E., Ziemba, C., Margolis, J., & Flick, P. (1996). The dual pathway model differentiates bulimics, subclinical bulimics, and controls: Testing the continuity hypothesis. *Behavior Therapy*, 27, 531-549. doi:10.1016/s0005-7894(96)80042-6#
- Tellegen, A., Watson, D., & Clark, L. A. (1999). On the dimensional and hierarchical structure of affect. *Psychological Science*, 10 (4), 297-303. doi:10.1111/1467-9280.00157
- Tiggemann, M. (1994). Dietary restraint as a predictor of reported weight loss and affect. *Psychological Reports*, 75 (3, Pt 2), 1679-1682. doi:10.2466/pr0.1994.75.3f.1679
- Timko, C. A., Hormes, J. M., & Chubski, J. (2012). Will the real vegetarian please stand up? An investigation of dietary restraint and eating disorder symptoms in vegetarians versus non-vegetarians. *Appetite*, 58 (3), 982-990. doi:10.1016/j.appet.2012.02.005
- Torres, S., & Nowson, C. (2007). Relationship between stress, eating behaviour, and obesity. [review] *Nutrition*, 23, 887-894. doi:10.1016/j.nut.2007.08.008
- Turner, S., Luszczynska, A., Warner, L., & Schwarzer, R. (2010). Emotional and uncontrolled eating styles and chocolate chip cookie consumption. A controlled trial of the effects of positive mood enhancement. *Appetite*, 54, 143-149. doi:10.1016/j.appet.2009.09.020
- Van Strien, T., Frijters, J., Bergers, G. & Defares, P. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating

- behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5 (2), 295-315. doi: 10.1002/1098-108X(198602)5:23.0.CO;2-T
- van Strien, T., Herman, C. P., & Verheijden, M. W. (2009). Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role? *Appetite*, 52, 380-387. doi:10.1016/j.appet.2008.11.010
- Van Strien, T. & Oosterveld, P. (2008). The children's DEBQ for assessment of restrained, emotional, and external eating in 7- to 12-year-old children. *International Journal of Eating Disorders*, 41 (1), 72-81. doi:10.1002/eat.20424
- VanItallie, T. B., & Lew, E. A. (1992). Assessment of morbidity and mortality risk in the overweight patient. In T. A. Wadden & T. B. VanItallie (Eds.), *Treatment of the seriously obese patient* (pp. 3-32). New York: Guilford Press.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4 (20), 611-624.
- Viana, V. & Sinde, S. (2002). Estilo alimentar: Adaptação e validação do Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8, 59-71.
- Viana, V. & Sinde, S. (2003). O Questionário Holandês do Comportamento Alimentar. In M. Gonçalves, L. Almeida, M. Simões, C. Machado; Coord. (2003), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para Portugal, Vol. I*. (1ª ed.), pp. 99-112. Portugal: Quarteto.
- Viveiros, C. C. O. (2012). *Estudo do comportamento alimentar, preferências alimentares e neofobia alimentares em crianças pré-escolares e da eficácia de um programa de promoção de comportamentos alimentares saudáveis em contexto escolar: Um estudo exploratório* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Portugal.
- Wardle, J. (1987). Eating style: A validation study of the Dutch Eating Behavior Questionnaire in normal subjects and women with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 31 (2), 161-169. doi:10.1016/0022-3999(87)90072-9

- Wardle, J., & Beale, S. (1988). Control and loss of control over eating: An experimental investigation. *Journal of Abnormal Psychology, 97* (1), 35-40. doi:10.1037/0021-843x.97.1.35
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin, 96* (3), 465-490. doi:10.1037/0033-2909.96.3.465
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54* (6), 1063-1970. doi:10.1037//0022-3514.54.6.1063
- Watson, D. & Walker, L. M. (1996). The long-term stability and predictive validity of trait measures of affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 70* (3), 567-577. doi:10.1037/0022-3514.70.3.567
- White, B. A., Horwath, C. C., & Conner, T. S. (2013). Many apples a day keep the blues away – Daily experiences of negative and positive affect and food consumption in young adults. *British Journal of Health Psychology, 18* (4), 782-798. doi:10.1111/bjhp.12021
- Whorton, J. (1994). Historical development of vegetarianism. *American Journal of Clinical Nutrition, 59*, 1103-1109. doi:10.1093/ajcn/59.5.1103S
- Williams, M. E. (1987). Identifying the older person likely to require long term care services. *Journal of the American Geriatrics Society, 35* (8), 761-766. doi:10.1111/j.1532-5415.1987.tb06355.x
- Wolff, G., Crosby, R., Roberts, J., & Wittrock, D. (2000). Differences in daily stress, mood, coping, and eating behavior in binge eating and non-binge eating college women. *Eating Behaviors, 25* (2), 205-216. doi:10.1016/S0306-4603(99)00049-0
- Worsley, A., & Skrzypiec, G. (1998). Teenage vegetarianism: Prevalence, social and cognitive contexts. *Appetite, 30*, 151-170. doi:10.1006/appe.1997.0118

Yeomans, M., & Coughlan, E. (2009). Mood-induced eating. Interactive effects of restraint and tendency to overeat. *Appetite*, 52 (2), 290–298. doi:10.1016/j.appet.2008.10.006

Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 795-800. doi:10.1111/j.1365-2648.1992.tb02000.x

ANEXOS

Anexo I – Consentimento Informado

Caro Participante,

O presente estudo tem como objectivo entender qual a relação entre o comportamento alimentar e o bem-estar subjetivo em sujeitos com diferentes dietas.

Convidamo-lo a participar neste estudo através do preenchimento de um questionário que terá uma duração aproximada de 10 minutos.

A sua participação é voluntária e anónima, e os dados recolhidos serão tratados de forma totalmente confidencial.

Este estudo é da responsabilidade de uma equipa de investigação do ISPA – Instituto Universitário. Para qualquer esclarecimento adicional, por favor, contacte através do seguinte endereço eletrónico: joac.romeiro@hotmail.com

Se prosseguir no preenchimento está a dar o seu consentimento.

Obrigado!

Anexo II – Questionário Socioclínico

Idade *	Nacionalidade *
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexo *	Estado Civil *
<input type="text" value="Masculino"/>	<input type="text" value="Solteiro(a)"/>
Orientação Sexual *	Religião *
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Estime o(a) seu/sua

Altura (m) *	Peso (kg) *
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Local de residência *

- Predominantemente rural
- Predominantemente urbana

Situação Habitacional *

- Vive sozinho(a)
- Vive com Família
- Vive com Amigos
- Vive com Parceiro
- Partilha casa com outros inquilinos
- Outro. Especifique:

Situação Socioprofissional *

- Empregado
- Desempregado
- Estudante
- Outra. Especifique:

Escolaridade *

- 1.º Ciclo Ensino Básico (1.º ano-4.º ano)
- 2.º Ciclo Ensino Básico (5.º e 6.º ano)
- 3.º Ciclo Ensino Básico (7.º ano-9.º ano)
- Ensino Secundário (10.º ano-12.º ano)
- Bacharelato/Licenciatura
- Mestrado/Doutoramento

Para cada uma das seguintes opções, escolha a frequência com que: *

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Recorre à medicina convencional *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recorre à medicina alternativa *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fuma *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebe Álcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Toma suplementação alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Executa práticas ambientais (e.g., recicla o lixo, desliga as luzes das divisões onde não se encontra, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
Pratica atividade física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para cada uma das seguintes opções, escolha a sua satisfação relativamente ao seu/à sua: *

	Insatisfeito(a)	Pouco Satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Bastante Satisfeito(a)	Muito Satisfeito(a)
Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

	Insatisfeito(a)	Pouco Satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Bastante Satisfeito(a)	Muito Satisfeito(a)
Sono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

	Insatisfeito(a)	Pouco Satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Bastante Satisfeito(a)	Muito Satisfeito(a)
Satisfação sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Relativamente às suas escolhas alimentares, classificaria a sua dieta como *

- Omnívoro (consome alimentos de origem animal e vegetal)
- Semi-vegetariano (ocasionalmente consome carne vermelha, aves e peixe)
- Pesco-vegetariano (exclui carne vermelha e aves, mas consome peixe)
- Ovo-lacto-vegetariano (exclui todo o tipo de carne, mas consome laticínios e ovos)
- Ovo-vegetariano (exclui todo o tipo de carne e laticínios, mas consome ovos)
- Lacto-vegetariano (exclui todo o tipo de carne e ovos, mas consome laticínios)
- Vegano (exclui todo o tipo de alimentos de origem animal, incluindo mel e gelatina)
- Frutívoro (alimenta-se exclusivamente de frutas (frescas e secas), frutos secos, grão, sementes e alguns vegetais)
- Macrobiótico (regime alimentar com diversos estágios)
- Outra. Especifique:

Assinale todos os elementos que evita consumir

- Glúten (e.g., evita trigo, cevada, centeio, etc.)
- Lactose (e.g., evita laticínios)
- Açúcar (e.g., evita açúcar refinado, doces, chocolates, etc.)
- Produtos processados (e.g., evita enlatados e conservas, refrigerantes, etc.)
- Hidratos de carbono (e.g., evita massas, arroz, cereais, etc.)
- Carnes (e.g., carne de vaca, de aves, de porco, etc.)
- Peixes (e.g., salmão, robalo, atum, etc.)
- Gorduras (e.g., azeite, óleos, etc.)
- Nenhuma

Responda ao quadro abaixo a cinzento apenas se tiver alterado a sua dieta

Com que idade alterou a sua dieta? (anos)

Assinale a principal razão para ter mudado a sua dieta

- Razões de saúde
- Razões sensoriais (e.g., paladar, textura.)
- Razões ideológicas/políticas
- Razões de influência (e.g., família, amigos, comunicação social)
- Razões ambientais/ecológicas
- Razões económicas
- Proteção e bem-estar dos animais
- Razões associadas ao peso
- Razões espirituais/religiosas
- Outra. Especifique:

Anexo III – Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA)

Questionário de Comportamento Alimentar (QCA)

Responda, por favor, ao questionário que se segue tendo em conta aquilo que faz habitualmente com respeito à sua alimentação. As respostas, quaisquer que sejam, são sempre adequadas uma vez que traduzem um modo pessoal de agir. Responda nos quadrados respectivos tendo em conta o seu caso particular. Note que em algumas situações dispõe de uma outra opção se a pergunta não for adequada ao seu caso.

Para cada uma destas opções escolha um valor

	Nunca me sinto irritado	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
1. Tem desejo de comer quando se sente irritado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	
2. Se a comida lhe sabe bem, come mais do que o habitual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Tenho sempre qualquer coisa para fazer	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
3. Sente desejo de comer quando não tem nada que fazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	O meu peso não se altera	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
4. Quando o seu peso aumenta come menos do que o habitual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca me sinto deprimido ou desanimado	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
5. Tem desejo de comer quando se sente deprimido ou desanimado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	
6. Se a comida cheira bem ou tem bom aspecto, come mais do que o habitual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	
7. Com que frequência recusa comida ou bebidas, por estar preocupado com o seu peso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Nunca me sinto só	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
8. Tem desejo de comer quando se sente sozinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	O meu peso não se altera	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
9. Se vê ou cheira algo delicioso, sente desejo de o comer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nunca me sinto "em baixo"	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
10. Sente desejo de comer quando alguém o deixa "em baixo"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	
11. Durante as refeições tenta comer menos do que gostaria de comer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	
12. Se tem alguma coisa deliciosa para comer come-a de imediato?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca me sinto zangado	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
13. Tem desejo de comer quando se sente zangado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	
14. Controla minuciosamente o que come?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	
15. Quando passa por uma padaria apetece-lhe comprar algo delicioso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	
16. Sente desejo de comer quando alguma coisa desagradável está prestes a acontecer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	
17. Come propositadamente alimentos que fazem emagrecer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	
18. Se vê alguém a comer sente também desejo de comer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca como demasiado	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
19. Quando come demasiado procura comer menos no dia seguinte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca me sinto ansioso ou tenso	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
20. Tem desejo de comer quando se sente ansioso, preocupado ou tenso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	
21. Consegue resistir a comer alimentos deliciosos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	
22. Come menos propositadamente para não aumentar o seu peso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Sente desejo de comer quando as coisas lhe correm mal ou não lhe correm de feição?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
24. Quando passa por uma confeitaria ou snack-bar, sente desejo de comprar alguma coisa deliciosa?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
25. Tem desejo de comer quando se sente impaciente?	Nunca me sinto impaciente	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Com que frequência tenta não comer entre as refeições porque está a controlar o seu peso?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
27. Come mais do que o habitual quando vê alguém a comer?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
28. Tem desejo de comer quando se sente aborrecido?	Nunca me sinto aborrecido	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Com que frequência tenta não comer, durante a tarde, porque está a controlar o seu peso?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
30. Tem desejo de comer quando se sente amedrontado?	Nunca me sinto amedrontado	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Toma em consideração o seu peso quando escolhe o que vai comer?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
32. Tem desejo de comer quando se sente desapontado ou desiludido?	Nunca me sinto desapontado ou desiludido	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Quando está a preparar uma refeição apetece-lhe comer (petiscar) alguma coisa?	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Anexo IV – Escala da Satisfação com a Vida (ESV)

Escala de satisfação com a Vida

Esta escala compreende cinco frases com as quais poderá concordar ou discordar. Utilize a escala de 1 a 5 e marque a opção que melhor indica a sua resposta.

Para cada uma destas opções escolha um valor *

	Discordo muito (1)	Discordo um pouco (2)	Nem concordo nem discordo (3)	Concordo um pouco (4)	Concordo muito (5)
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com aquilo que eu queria que fosse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*					
2. As minhas condições de vida são muito boas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*					
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*					
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que desejava	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*					
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo V– Lista de Afetos Positivos e Afetos Negativos (LAPAN)

Lista de Afetos Positivos e Negativos

Encontra a seguir uma lista de palavras, que representam diferentes sentimentos e emoções. Indique o quanto experienciou esses sentimentos e emoções, no mês passado. Por favor marque a opção que melhor indica a sua resposta *

	1 Muito pouco ou nada	2 Um Pouco	3 Assim assim	4 Muito	5 MUITÍSSIMO
1. Interessado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*					
2. Afrito(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*					
3. Estimulado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*					
4. Aborrecido(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*					
5. Forte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*					
6. Culpado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*					
7. Assustado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Hostil (Inimigo)	1 Muito pouco ou nada <input type="radio"/>	2 Um Pouco <input type="radio"/>	3 Assim assim <input type="radio"/>	4 Muito <input type="radio"/>	5 Muitíssimo <input type="radio"/>
*					
9. Entusiasmado (arrebataado)	1 Muito pouco ou nada <input type="radio"/>	2 Um Pouco <input type="radio"/>	3 Assim assim <input type="radio"/>	4 Muito <input type="radio"/>	5 Muitíssimo <input type="radio"/>
*					
10. Orgulhoso(a)	1 Muito pouco ou nada <input type="radio"/>	2 Um Pouco <input type="radio"/>	3 Assim assim <input type="radio"/>	4 Muito <input type="radio"/>	5 Muitíssimo <input type="radio"/>
*					
11. Irritável	1 Muito pouco ou nada <input type="radio"/>	2 Um Pouco <input type="radio"/>	3 Assim assim <input type="radio"/>	4 Muito <input type="radio"/>	5 Muitíssimo <input type="radio"/>
12. Atento(a)	1 Muito pouco ou nada <input type="radio"/>	2 Um Pouco <input type="radio"/>	3 Assim assim <input type="radio"/>	4 Muito <input type="radio"/>	5 Muitíssimo <input type="radio"/>
*					
13. Envergonhado(a)	1 Muito pouco ou nada <input type="radio"/>	2 Um Pouco <input type="radio"/>	3 Assim assim <input type="radio"/>	4 Muito <input type="radio"/>	5 Muitíssimo <input type="radio"/>
*					
14. Inspirado(a)	1 Muito pouco ou nada <input type="radio"/>	2 Um Pouco <input type="radio"/>	3 Assim assim <input type="radio"/>	4 Muito <input type="radio"/>	5 Muitíssimo <input type="radio"/>
*					
15. Nervoso(a)	1 Muito pouco ou nada <input type="radio"/>	2 Um Pouco <input type="radio"/>	3 Assim assim <input type="radio"/>	4 Muito <input type="radio"/>	5 Muitíssimo <input type="radio"/>
<hr/>					
16. Decidido(a)	1 Muito pouco ou nada <input type="radio"/>	2 Um Pouco <input type="radio"/>	3 Assim assim <input type="radio"/>	4 Muito <input type="radio"/>	5 Muitíssimo <input type="radio"/>
*					
17. Atencioso(a)	1 Muito pouco ou nada <input type="radio"/>	2 Um Pouco <input type="radio"/>	3 Assim assim <input type="radio"/>	4 Muito <input type="radio"/>	5 Muitíssimo <input type="radio"/>
*					
18. Agitado (Inquieto)	1 Muito pouco ou nada <input type="radio"/>	2 Um Pouco <input type="radio"/>	3 Assim assim <input type="radio"/>	4 Muito <input type="radio"/>	5 Muitíssimo <input type="radio"/>
*					
19. Activo (mexido)	1 Muito pouco ou nada <input type="radio"/>	2 Um Pouco <input type="radio"/>	3 Assim assim <input type="radio"/>	4 Muito <input type="radio"/>	5 Muitíssimo <input type="radio"/>
20. Medroso(a)	1 Muito pouco ou nada <input type="radio"/>	2 Um Pouco <input type="radio"/>	3 Assim assim <input type="radio"/>	4 Muito <input type="radio"/>	5 Muitíssimo <input type="radio"/>
*					
21. Emocionado(a)	1 Muito pouco ou nada <input type="radio"/>	2 Um Pouco <input type="radio"/>	3 Assim assim <input type="radio"/>	4 Muito <input type="radio"/>	5 Muitíssimo <input type="radio"/>
*					
22. Magoado(a)	1 Muito pouco ou nada <input type="radio"/>	2 Um Pouco <input type="radio"/>	3 Assim assim <input type="radio"/>	4 Muito <input type="radio"/>	5 Muitíssimo <input type="radio"/>

Respondeu à totalidade das perguntas.

Mais uma vez, agradecemos a sua colaboração.