



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia e Educação

Comportamento parental face à alimentação da criança: estudo exploratório

Sónia Maria Duarte Santiago

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutora Cláudia M. Gomes Mendes da Silva

Covilhã, Junho de 2016

Dissertação de Mestrado realizada sob
orientação da Prof. Doutora Cláudia
Mendes da Silva apresentada à Universidade
da Beira Interior para a obtenção do
Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

Agradecimentos

Com a finalização desta investigação não posso deixar de agradecer a algumas pessoas que, direta ou indiretamente, me ajudaram nesta caminhada tão importante da minha vida pessoal e profissional.

Em primeiro lugar, agradeço a orientação e ajuda que a professora Doutora Cláudia Silva sempre me disponibilizou, durante a elaboração da presente investigação. Pelo apoio incondicional, conhecimento e experiência transmitidos ao longo deste ano letivo. Agradeço-lhe ainda pela flexibilidade que sempre demonstrou, pela paciência e compreensão que sempre teve. Foi sem dúvida um privilégio ser sua orientanda.

Um agradecimento muito especial vai para uma grande amiga que sempre me apoiou e esteve ao meu lado para me dar força. Pelo companheirismo, amizade verdadeira, apoio e muita paciência que sempre teve comigo. Obrigada por teres perdido muito do teu tempo para me ajudar e principalmente por teres acreditado sempre que eu era capaz, por me motivares e por não me teres deixado desistir em momento algum. Muito obrigada a ti Andreia Sousa, estou-te eternamente grata.

Obrigada às amigas que mesmo estando longe, sempre se preocuparam, perguntaram pelo trabalho. Obrigada pelo vosso companheirismo, amizade, pelo suporte transmitido. Obrigada por terem percorrido este caminho comigo.

Por fim, mas não menos importante agradeço a todos os amigos, que sempre acreditaram em mim e de tempos em tempos perguntavam pelo trabalho. O meu muito obrigada por acreditarem em mim, pelos momentos de convívio que se mostraram importantes e por perdoarem as minhas ausências.

Resumo

Pretendeu-se, com este estudo, perceber o que pensam os pais sobre o peso e a alimentação do seu filho, sobre a sua capacidade de controlar o que os filhos comem e de promover uma alimentação saudável. Assim, de modo geral este estudo pretende investigar, de forma exploratória, o comportamento parental face à alimentação da criança. Para além do questionário sociodemográfico, foram utilizados o *Child Feeding questionnaire (CFQ)* e o *Questionário de preferências alimentares*.

Na presente investigação participaram 80 pais de crianças em idade escolar (entre os 6 e os 10 anos). Os participantes tinham idades compreendidas entre os 24 e os 60 anos de idade, apresentando uma média de 40 anos, dos quais 62 pertenciam ao género feminino e 18 ao género masculino. Os resultados evidenciaram como alimentos mais preferidos pelas crianças: a água, a pizza, os iogurtes, o chocolate ou bombons, o gelado, o sumo de laranja, o frango ou peru, a fruta, as massas e o arroz. Ao nível do questionário CFQ, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que têm só um filho e os que têm mais do que um quanto no nível da preocupação com o peso da criança. Igualmente assinalaram-se diferenças entre os pais que têm filhos mais novos e os que têm filhos mais velhos quanto à responsabilidade percebida, e ao controlo aberto sobre a alimentação da criança. Os pais que têm filhos mais novos percecionam uma maior responsabilidade pela sua alimentação, bem como exibem mais controlo aberto.

Assim, conclui-se que de modo geral os dados obtidos mostram um controlo tendencialmente eficaz por parte dos pais sobre a alimentação da criança, sendo possível inferir que estes pais tendem a inculcar hábitos alimentares saudáveis nos seus filhos.

Palavras-chave

Perceção Parental, Comportamento Parental, Hábitos Alimentares.

Abstract

This study intends to show what parents think about the weight and diet of their children, their ability to control what their children eat and to promote healthy eating. More generally, this study seeks to investigate, in an exploratory way, parental behavior towards children's nutrition. It was used, in addition to the sociodemographic questionnaire, the Child Feeding Questionnaire (CFQ) and the Questionnaire of food preferences.

This research focuses on a sample of 80 fathers of school children (aged between 6 and 10 years). Participants were aged between 24 and 60 years old, with an age average of 40, where 62 are women and 18 are men. The list of favorite foods for children includes: water, pizza, yogurts, chocolate or candy, ice cream, orange juice, chicken or turkey, fruit, pasta and rice. Statistically significant differences were found in CFQ questionnaire among participants who have only one child, and those with more than one, in level of concern with child's weight. The results in this questionnaire also pointed to differences between parents who have young children and those with older children about the perceived responsibility and open control over child diet. Parents who have younger children take a greater responsibility for their diet, and show more open control. Thus, it is concluded that in general data revealed a tendentious effective control by the parents about their children diet. It is possible to infer that these parents tend to instill healthy eating habits.

Keywords

Parental perception, Parental behavior, Eating habits.

Índice

Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Lista de Tabelas	xiii
Lista de acrónimos	xv
Introdução	1
Capítulo I - Enquadramento Teórico	3
1.1. Promoção da Saúde e Educação para a Saúde	3
1.1.1. Promoção de uma alimentação saudável	5
1.2. Comportamento alimentar	6
1.2.1. Definição de comportamento alimentar	7
1.2.2. Influência do contexto familiar no comportamento alimentar da criança	7
1.2.3. Processo de aprendizagem do comportamento alimentar	10
1.2.4. Estilos parentais e práticas parentais	10
1.2.5. Preferências alimentares	16
1.3. Excesso de peso e obesidade na infância	20
1.3.1. Dados Epidemiológicos relacionados com o excesso de peso e a obesidade ..	21
1.3.2. Perceções e preocupações parentais acerca do peso da criança	22
1.3.3. Intervenção preventiva	24
Capítulo 2 - Metodologia	29
2.1. Apresentação do estudo	29
2.1.1. Objetivos gerais	29
2.1.2. Objetivos específicos	30
2.2 - Participantes	30
2.3 - Instrumentos	33
2.4 - Procedimentos	35

Capítulo 3 - Apresentação dos Resultados	39
3.1. Análise descritiva	39
3.2. Análise inferencial	45
Capítulo 4 - Discussão	53
4.1. Alimentação da criança	54
4.2. Controlo dos pais sobre a alimentação dos filhos	55
4.3. Preferências alimentares das crianças	56
4.4. Associação das subescalas do CFQ com as variáveis sociodemográficas	57
4.5. Relação entre as habilitações literárias e as subescalas do CFQ	59
4.6. Relação entre as variáveis dependentes	60
Conclusão	63
Bibliografia	69

Lista de Tabelas

Tabela 1. - Caracterização sociodemográfica da amostra (N=80).....	31
Tabela 2. - Caracterização dos elementos constituintes do agregado familiar (N=80).....	32
Tabela 3. - Caracterização sociodemográfica das crianças participantes no estudo (N=80). ..	33
Tabela 4. - Resultados obtidos da análise exploratória do CFQ (N=80).	37
Tabela 5. - Preocupação dos pais com o peso e a alimentação da criança (N=80).	39
Tabela 6. - Avaliação parental da alimentação da criança (N=80).....	40
Tabela 7. - Perceção do controlo dos pais sobre o que os filhos comem (N=80).	40
Tabela 8. - Autoeficácia parental sobre o tipo de alimentos que os filhos comem (N=80).	41
Tabela 9. - Controlo que os pais consideram ter sobre o comportamento do filho (N=80).	41
Tabela 10. - Resultados descritivos das preferências alimentares (N=80).....	42
Tabela 11. - Resultados nas subescalas do CFQ (N=80).	45
Tabela 12. - Diferenças nas 9 subescalas do CFQ em função da idade dos pais (N=80).	46
Tabela 13. - Diferenças nas 9 subescalas do CFQ de acordo com a variável número de filhos (N=80).....	47
Tabela 14. - Diferenças nas subescalas do CFQ em função da idade das crianças (N=80).	49
Tabela 15. - Diferenças nos resultados das 9 subescalas do CFQ em função da variável sexo da criança (N=80).	50
Tabela 16. - Correlações entre as Habilitações literárias dos pais e as subescalas do CFQ (Coeficiente de correlação de Spearman) (N=80).	51
Tabela 17. - Correlações entre as subescalas do CFQ (Coeficiente de correlação de Spearman) (N=80).....	52

Lista de Acrónimos

UBI	Universidade da Beira Interior
OMS	Organização Mundial da Saúde
DGS	Direção Geral de Saúde
EC	<i>European Commission</i>
CFQ	<i>Child Feeding Questionnaire</i>
PR	Responsabilidade Percebida
PPW	Peso Parental Percebido
PCW	Peso da Criança Percebido
CCW	Preocupação com o Peso da Criança
R	Restrição
PE	Pressão para comer
M	Monitorização
OC	Controlo aberto
CC	Controlo Coberto

Introdução

O presente estudo surge inserido no âmbito da obtenção do grau mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade da Beira Interior (UBI), inscrito no projeto de investigação sobre Comportamentos de saúde e prevenção da doença.

A prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças atingiu dimensões bastante preocupantes nas últimas três décadas, afetando aproximadamente um terço das crianças e jovens. Por esta razão, os comportamentos relacionados com o peso saudável, incluindo dietas e práticas de controlo de peso, tornam-se assuntos de grande preocupação, não só das famílias, como ao nível da saúde pública, devido à sua alta prevalência e consequências que daí podem advir (Loth, Fulkerson & Neumark-Sztainer, 2015).

É durante a infância que a maior parte dos hábitos e práticas alimentares são aprendidos. A forma como as crianças se alimentam, as suas preferências por certos alimentos e a rejeição de outros, estão fortemente condicionados durante esta etapa pelo contexto familiar (Jimenez et al., 2012).

Sabendo-se que é nas idades mais jovens que os hábitos alimentares saudáveis são mais facilmente desenvolvidos (Peters, Sinn, Campbell & Lynch, 2015), a interação entre os pais e os filhos assume um papel fundamental no estabelecimento destes hábitos alimentares (Berlin, Kamody, Banks, Silverman & Davies, 2015). É neste contexto que se enquadra a pertinência da presente investigação, uma vez que a mesma tem como principal objetivo contribuir para a compreensão do comportamento parental face à alimentação da criança. Os pais podem tornar-se modelos eficazes para as crianças, desde os primeiros anos de vida, quando bem informados e motivados.

Através da aplicação de um protocolo de investigação, onde se recorre a dois instrumentos de avaliação, pretendeu-se retirar implicações que possam ajudar a melhor projetar programas de intervenção mais ajustados de modo a ir ao encontro das necessidades dos pais e das crianças, apostando na prevenção e promoção da saúde.

O presente estudo encontra-se dividido em 4 capítulos distribuídos por duas partes, a primeira parte debruça-se na revisão do estado da arte, enquanto a segunda abrange a apresentação do estudo empírico.

O primeiro capítulo incide numa breve contextualização teórica acerca da temática desta investigação, onde inicialmente são abordados os conceitos de alimentação saudável,

comportamento alimentar, estilos e práticas parentais, preferências alimentares, excesso de peso e obesidade na infância.

Segue-se o segundo capítulo, já inserido na segunda parte do corpo da investigação, que diz respeito à apresentação detalhada do estudo empírico, no qual são formulados os objetivos, gerais e específicos, classificadas as variáveis, instrumentos e a amostra.

No terceiro capítulo são expostos todos os resultados obtidos na presente investigação, sendo que num primeiro momento são apresentados os dados descritivos relativos aos dois instrumentos e posteriormente a exposição da estatística inferencial, onde são testados e analisados os dados obtidos relativamente aos objetivos colocados.

Por fim, o quarto capítulo contempla a discussão dos dados obtidos, onde estes são devidamente explicados e contrastados com a literatura, finalizando a dissertação com algumas limitações que se fizeram sentir ao longo da investigação, assim como com sugestões para trabalhos futuros.

Capítulo 1 - Enquadramento Teórico

1.1. Promoção da Saúde e Educação para a Saúde

É importante começar por fazer a distinção entre educação para a saúde e promoção da saúde (Bennet, 2002). A primeira consiste numa ação planeada que tem como propósito máximo dotar os indivíduos de saberes e capacidades de forma a promoverem comportamentos saudáveis. A segunda apresenta-se como um conceito mais amplo que, para além do conceito de educação, abarca também a formação de condutas de promoção da saúde e de ambientes que estimulem a saúde, ampliando em cada indivíduo os seus recursos, fortificando a ação comunitária e criando políticas de saúde pública adequadas (OMS, 1991, citado por Bennet, 2002). A promoção da saúde foi, assim, definida como «O processo de capacitar o indivíduo para aumentar o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la» (OMS, 1985, citado por Barros, 2003, p. 173), e foi considerada como um objetivo central para este século, sendo que envolve o desincentivo de comportamentos nefastos para a saúde e um estímulo para a prática de comportamentos saudáveis (Barros, 2003), tendo como objetivo geral maximizar a saúde na população em geral (Bennett, 2002).

Segundo a OMS (1985, citado por Barros, 2003) a promoção da saúde visa, pois, o incentivo de uma atitude global de valorização da saúde, que envolve saber avaliar o estilo de vida e a saúde do próprio, assumir responsabilidade pelo controlo do seu estado de saúde e saber «formular problemas, encontrar soluções, tomar decisões e dar-lhe seguimento, resolver conflitos, comunicar eficazmente com outrem, interrogar e intervir ativamente em seu próprio nome, quando a isso houver lugar» (OMS, 1985, citado por Barros, 2003, p. 173).

No que concerne à modificação dos hábitos de vida, com o propósito de promover a saúde, Ribeiro (1998) refere que os profissionais que estudam este aspeto normalmente cometem dois erros, o primeiro consiste em considerarem que quando os indivíduos estão informados ocorre efetivamente uma mudança e também que os indivíduos se envolvem na alteração do comportamento tomando-o como estrito. Contudo, é considerado por vários técnicos e dirigentes políticos que a informação é importante, no entanto, não suficiente para promover alterações comportamentais, apresentando-se a educação como fator fulcral neste processo de mudança.

A urgência na valorização das ações de promoção de saúde dirigidas às crianças e adolescentes encontra-se como um dos objetivos fulcrais definidos para a primeira década do século XXI (OMS, 1986, citado por Barros, 2003). Sabendo-se que é na infância que os principais estilos de vida futura começam a ser definidos, parece relevante focar um esforço especial nos programas dirigidos a estas faixas etárias, dado que se considera que seja mais

seguro evitar o início de estilos de vida prejudiciais, antes mesmo do seu estabelecimento como um padrão de vida habitual (Barros, 2003).

Barros (2003), relativamente à idade pré-escolar, refere que o comportamento da criança nestas idades é amplamente condicionado pelas oportunidades e pelas contingências sociais a que esta está sujeita, na família e no jardim-de-infância, associado à dependência das pessoas adultas que tomam conta dela. É durante esta etapa que as crianças adquirem padrões básicos de alimentação e higiene. A criança aplica ao seu dia-a-dia variadas rotinas estando estas mais ou menos automatizadas, bem como aprende a valorizar condutas que são modeladas, e especificamente valorizados pelas pessoas mais velhas que convivem consigo diretamente. Segundo a mesma autora, para esta fase, um dos objetivos fulcrais consiste no investimento ao nível da aquisição de hábitos alimentares saudáveis e variados. O evitamento, por parte da criança, de perigos quotidianos, pode ser possível se assim for ensinada para identificar esses perigos. Reconhecer a sensação de fome, apetite e saciedade também são aspetos importantes que a criança deve aprender. Dado que nesta fase são os adultos que principalmente dirigem e regulam as atitudes e comportamentos da criança, a intervenção deve ser focada sobretudo nestes. É importante dar-lhes a conhecer quais as consequências que podem advir, para o presente e para o futuro da criança, do seu estilo educacional. Diretamente com a criança, devem ser proporcionadas possibilidades de pôr em prática os comportamentos saudáveis, em contextos positivos, a nível social e afetivo, também se deve valorizar a associação feita entre comportamentos saudáveis e o sentir-se bem (Barros, 2003).

A etapa que se segue é a da idade escolar, em relação a esta fase Barros (2003) menciona que a criança ainda se apresenta amplamente dependente do adulto, passando por uma influência no tipo de experiências que são dadas a viver e na estruturação dos ambientes em que a mesma vive. Ainda nesta fase se associa o estilo de vida da criança e os riscos para a saúde aos seus cuidadores principais, bem como ao ambiente em que esta vive. É nesta fase que a criança começa a ser cada vez mais autónoma e capaz de ser responsável por certas opções comportamentais saudáveis e de prevenção, onde se pode inserir as escolhas alimentares que esta faz fora das principais refeições. Para esta fase, alguns dos objetivos de promoção da saúde passam pela confirmação ou correção dos hábitos alimentares, o estabelecimento de hábitos de atividade física contínua e adequada, aquisição de um racional-teórico que sustente atitudes positivas face a comportamentos saudáveis e de rejeição perante comportamentos inadequados. Valorizar o bem-estar e o ser-se saudável, encarando estes aspetos como dependentes da própria vontade, também são aspetos importantes (Barros, 2003).

Na fase da adolescência, a última a que nos vamos referir, o indivíduo começa a ser mais autónomo e são-lhe conferidas mais responsabilidades, surge uma maior atenção ao corpo e aparência física. É também nesta fase que se podem estabelecer padrões de

comportamento negativos para a saúde presente e no futuro, dado que o jovem se confronta com um misto de alterações, tanto a nível interno como externo, que se caracterizam pela sua complexidade e rigor (Barros, 2003). Também é aqui que os hábitos alimentares são reestruturados, bem como a prática de exercício físico. É apenas nesta altura da vida do jovem que o conceito de prevenção começa a fazer sentido e se compreende de forma clara, também aqui começa a ser possível tomar decisões sozinho de forma a ter um controle sobre a sua saúde no agora e no futuro. Dado que é nesta etapa da vida que se começam a estabelecer os estilos de vida mais ou menos saudáveis, é importante intervir ao nível dos objetivos comportamentais que anteriormente já foram sinalizados como representando um possível perigo para a saúde nos dias de amanhã. No entanto, a maior importância deve ser dada ao nível da intervenção nos riscos que são encarados como possíveis perigos imediatos, no aqui e agora, por exemplo relativamente aos padrões de dieta extremados e precursores de perturbações do comportamento alimentar (Barros, 2003).

Como se pode perceber, a promoção da saúde é um conceito amplo e inclui diversas áreas, consoante os problemas de saúde que vão surgindo na nossa sociedade, que se encontram em expansão, nomeadamente os erros alimentares, presentes desde a infância e que se podem prolongar para a adolescência e vida adulta.

1.1.1. Promoção de uma alimentação saudável

O comportamento alimentar e a nutrição apresentam-se como o terceiro tipo de comportamentos associados aos fatores de risco para inúmeras doenças, como à promoção da saúde, sendo comportamentos que fazem parte do dia-a-dia das pessoas (Ribeiro, 2007). No âmbito da promoção da saúde, nos anos 80 do séc. XX, começou a tornar-se fulcral a formação de políticas alimentares e de nutrição, sendo estas consideradas áreas prioritárias na construção de políticas de saúde pública (DGS, 2014). Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2014) existem diversos documentos, por exemplo, da *World Health Organization* (WHO), e da *European Commission* (EC), que recentemente, voltaram a considerar a alimentação e a nutrição como fatores chave na definição dos objetivos, estratégias e recomendações.

Deste modo, em 2012, foram aprovados oito programas prioritários a desenvolver pela Direção-Geral da Saúde, entre eles o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), com um horizonte temporal de cinco anos (2012-2016) (DGS, 2014). Relativamente a este projecto, conta-se que o mesmo assume-se como um programa nacional de ação, na área da alimentação e nutrição tendo como finalidade melhorar o estado nutricional da população, incentivando a disponibilidade física e económica de alimentos constituintes de um padrão alimentar saudável e criar as condições para que a população os valorize, aprecie e consuma, integrando-os nas suas rotinas diárias (DGS, 2014).

Os objetivos principais desde programa passam por: aumentar o conhecimento sobre os consumos alimentares da população portuguesa, os seus determinantes e consequências; modificar a disponibilidade de certos alimentos, nomeadamente em ambiente escolar, laboral e em espaços públicos; informar e capacitar para a compra, confeção e armazenamento de alimentos saudáveis na população em geral, em especial os grupos mais desfavorecidos; identificar e promover ações transversais que incentivem o consumo de alimentos de boa qualidade nutricional de forma articulada e integrada com outros setores públicos e privados, nomeadamente nas áreas da agricultura, desporto, ambiente, educação, segurança social e autarquias; e, melhorar a qualificação e o modo de atuação dos diferentes profissionais que, pela sua atividade, possam influenciar conhecimentos, atitudes e comportamentos na área alimentar (DGS, 2014).

1.2. Comportamento alimentar

Os comportamentos de saúde usualmente são vistos como comportamentos relacionados com o estado de saúde do indivíduo (Ogden, 2004). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças e enfermidades” (WHO, s.d). Neste sentido, Kasl e Cobb (1996, citados por Ogden, 2004) definiram que os comportamentos de saúde têm como objetivo evitar o aparecimento de doença (e.g., ter uma dieta saudável).

Matarazzo (1984, citado por Ogden, 2004) fez a distinção entre os «comportamentos patogénicos», que são considerados os hábitos prejudiciais para a saúde, e os «comportamentos imunogénicos», que dizem respeito aos comportamentos de proteção da saúde. No primeiro caso incluem-se comportamentos como fumar, fazer uma alimentação rica em gorduras, beber grandes quantidades de álcool, entre outros; no segundo tipo de comportamentos, entre muitos outros, insere-se o lavar os dentes, usar cinto de segurança, procurar informações relacionadas com a saúde, realizar check-ups regulares, dormir um número adequado de horas por noite (Matarazzo, 1984, citado por Ogden, 2004).

A nossa sociedade encontra-se em constante evolução, de tal modo que esta tem contribuído para o ocorrer de várias alterações, umas positivas e outras menos adequadas. A alteração dos modos de vida das pessoas apresenta-se como uma das mudanças menos positivas, dado que se tornou evidente uma reduzida quantidade de esforço físico, um aumento do sedentarismo e hábitos alimentares inadequados (Fernandes & Moreira, 2007). Este facto contribuiu para o aumento de várias doenças. Dentro das várias doenças são apontadas por Pinheiro-Carozzo e Oliveira (2015) doenças como a diabetes tipo II, doenças cardiovasculares, hipertensão e algumas formas de cancro.

1.2.1. Definição de comportamento alimentar

Tal como já foi referido, Ribeiro (1998) menciona que os comportamentos associados à saúde aprendem-se desde muito cedo, estando estes intimamente ligados com a cultura, no entanto, podem ser alterados como consequência de fatores associados ao desenvolvimento humano e à pressão cultural associada à idade. Durante a idade escolar vão sendo adquiridos comportamentos, principalmente ao nível dos estilos de vida, nomeadamente no que respeita à atividade física e aos hábitos alimentares, sendo que estes se estendem ao longo de toda a vida (Fernandes & Moreira, 2007). Assim compreende-se que é durante as fases mais iniciais da vida que os comportamentos prejudiciais ligados ao estilo de vida são adquiridos.

Vaz e Bennemann (2014) definem o comportamento alimentar como um conjunto de ações relacionadas com o alimento, que envolvem desde a sua escolha até a ingestão, assim como tudo o que a ele se relaciona. Intimamente associado com o comportamento alimentar surge o conceito de hábito alimentar, este diz respeito à resposta do indivíduo frente ao alimento ficando caracterizado pela repetição desse ato. Ainda os mesmos autores referem que o hábito alimentar é promovido pelo comportamento alimentar (Vaz & Bennemann, 2014).

Por hábitos alimentares entende-se o conjunto de regras formadas ao longo dos vários anos, mas que são transmitidas mediante o meio em que vivemos. Importa referir que o conjunto de regras que define os hábitos alimentares corresponde algumas vezes a necessidades de saúde da própria pessoa e outras vezes a critérios sociais estipulados (Lázaro, 2001). É durante a infância que a maior parte dos hábitos e práticas alimentares são aprendidos, sendo que a forma como as crianças se alimentam, as suas preferências por certos alimentos e a rejeição de outros, estão fortemente condicionados durante esta etapa pelo contexto familiar (Jimenez et al., 2012).

1.2.2. Influência do contexto familiar no comportamento alimentar da criança

A literatura apresenta a família, os fatores sociais e os fatores ambientais como os principais fatores de influência do padrão alimentar das crianças (Ramos & Stein, 2000; Rossi, Moreira & Rauen, 2008). É no âmbito familiar, através da aprendizagem social, que se formam os comportamentos alimentares da criança, sendo que, claramente, os pais apresentam-se como grandes influenciadores deste processo (Scaglione, Salvioni & Galimberti, 2008; Ramos & Stein, 2000). Os pais são responsáveis pela alimentação dos filhos, visto que estes ainda não têm autonomia, ou seja, este processo fica ao encargo dos cuidadores, até a criança assumir de forma gradual e autónoma as suas próprias decisões.

A responsabilidade sobre a formação dos hábitos alimentares das crianças não está somente dependente da família. Outros fatores também exercem grande influência neste

processo, nomeadamente, os fatores culturais e psicossociais, como a escola, as redes sociais, as condições socioeconómicas e culturais. Estes fatores são vistos como potencialmente modificáveis e apresentam uma grande influência no processo de construção dos hábitos alimentares não só da criança, mas também do indivíduo adulto (Ramos & Stein, 2000; Rossi et al., 2008).

O estudo realizado por Savage, Fisher e Birch (2007) concluiu que se queremos que as crianças introduzam determinados alimentos nas suas preferências, como é o caso das verduras, eles precisam de um início positivo, de experiências repetidas com os alimentos, bem como oportunidades para observar os outros que consomem esses alimentos. Nesta pesquisa destaca-se a necessidade de intervenção da família e do adulto, junto das crianças, com o objetivo de lhes fornecer uma dieta variada e saudável, dado que estas apresentam uma tendência natural para selecionar alimentos calóricos, como salgados ou doces. Deste modo, as famílias, ou as pessoas que lidam diretamente com a criança desempenham um papel importante na determinação de quais os tipos de alimentos com os quais as crianças se vão familiarizar, por exemplo a partir dos alimentos que fazem parte diariamente da rotina de alimentos fornecidos nas refeições à criança, bem como os que estão guardados no armário ou até mesmo aqueles que são ingeridos fora de casa (Savage, Fisher & Birch, 2007).

Os pais apresentam outra responsabilidade que se traduz nas suas decisões sobre a frequência com que a família come toda junta à mesa, o que está presente durante as refeições da família, bem como aquilo que é servido. Estas noções irão ditar o que é consumido, bem como o que as crianças aprendem a gostar e comer, dado que é através da observação do comportamento alimentar de figuras com influência que dependerá a aceitação ou não da criança (Savage, et al., 2007). Referindo-nos ainda ao estudo realizado por Savage e colaboradores (2007) onde concluíram a grande necessidade de orientar os pais sobre a importância de oferecer alimentos saudáveis, evitando práticas alimentares restritivas e coercivas e servindo de modelo positivo de comportamento alimentar aos seus lactentes e crianças jovens.

No que respeita aos fatores associados à obesidade, outra responsabilidade dos pais passa por estes terem controlo e monitorização sobre a quantidade de tempo que seus filhos passam em frente à televisão, dado que este comportamento está associado a uma natureza mais sedentária no que concerne a atividades e conseqüentemente, associada com a obesidade (Rossi, Moreira & Rauen, 2008). Scaglione e colaboradores (2008) referem que o desenvolvimento de comportamentos alimentares e de um peso saudável, ou, pelo contrário, o desenvolvimento de excesso de peso ou de perturbações alimentares são conseqüências do ambiente criado pelos pais. Embora, como referem Fernandes e Moreira (2007), este processo de influência dos pais diminua à medida que a criança desenvolve os seus próprios processos de autonomia.

Para Lázaro (2001) é de forma gradual, desde o nascimento, que se aprendem os hábitos alimentares, sendo que o processo de implementação dos mesmos pode, nalguns casos, ser acessível e noutros apresentar mais complicações, dependendo não só do hábito em si, como do interesse demonstrado pela criança, e principalmente da forma como é ensinado pelo adulto. A dificuldade no processo de ensino de determinado hábito, por parte dos pais, é fruto da imaturidade da criança, isto é, desta ainda não apresentar uma idade adequada para essa aprendizagem, ou então, representa apenas a pressão do adulto que pretende que a criança adquira o hábito num espaço de tempo relativamente curto. Também existem casos de fracasso dependentes da forma de ensinar do adulto, que por vezes dita instruções demasiado gerais, contraditórias ou confusas. Desta forma, paciência, instruções claras e sistemáticas, e modelagem do hábito por parte do adulto que ensina a criança, são comportamentos fulcrais para a aprendizagem dos hábitos alimentares por parte das crianças (Lázaro, 2001).

Nos primeiros cinco anos de vida a alimentação tem um papel muito importante. É durante esta fase que se evidenciam características do crescimento e desenvolvimento infantil e por isso requer cuidados específicos, designadamente em qualidade, quantidade, diversidade e frequência, evidenciando o ambiente onde as refeições ocorrem. Os pais podem ser considerados os primeiros educadores nutricionais, estes, durante a infância das crianças, apresentam um comportamento de grande responsabilidade, tanto na oferta do tipo de alimentos, como na formação do comportamento alimentar da criança (Costa, Nunes, Duarte & Pereira, 2012).

Black e Hurley (2011) vão mais além do período da infância e referem-se ao período inicial da vida do bebé, enunciando que é nesta fase que se inicia o comportamento alimentar saudável, à medida que é estabelecido um vínculo, através do qual reconhecem e interpretam sinais verbais e não verbais de comunicação entre si e os cuidadores. Este vínculo ou vinculação torna-se, assim, essencial para que todo o processo de socialização ocorra de forma saudável. Por outro lado, se existir uma ruptura na comunicação entre os dois elementos (bebé e cuidadores), que se represente por interações incoerentes, o vínculo pode não ser criado, resultando desse facto problemas a nível da alimentação, dado que esta se pode tornar um momento para disputas improdutivas e perturbadoras a respeito da comida.

Assim, como expõem Fernandes e Moreira (2007), aprender, desde cedo, a apreciar os bons alimentos e a diferenciar os que fazem bem dos que fazem mal, é uma maneira de formar adultos autónomos e capazes de conseguirem gerir a sua saúde, através da adoção de comportamentos alimentares adequados.

1.2.3. Processo de aprendizagem do comportamento alimentar

Segundo Lázaro (2001) três fatores apresentam uma grande influência, sendo por vezes decisivos, na aprendizagem de certos comportamentos alimentares, positivos ou negativos são eles: a) a atenção, b) o modelo e c) o ambiente.

- a) No que concerne à atenção, a preocupação demonstrada pelos cuidadores, face à problemática da alimentação da criança, contribui para que estes se foquem no momento em que se desenvolve o comportamento inadequado, isso contribuindo para que a criança o volte a repetir, dado que se apercebe que consegue obter atenção por parte dos mais velhos. A inteligência da criança permite-lhe fazer uma associação positiva entre o seu comportamento de rejeição e a atitude de atenção focalizada do adulto, desta forma percebe qual o melhor comportamento a ter se pretende obter atenção. Assim percebe-se que o que mantém, em muitos casos, o comportamento negativo da criança é a atitude do adulto, mesmo que não seja intencional por parte deste.
- b) Relativamente ao modelo, sabe-se que é mediante a imitação do comportamento dos mais velhos que a criança maioritariamente aprende, sendo que a alimentação inclui-se neste comportamento imitativo. Os modelos podem ser vários, ou pode ser apenas uma pessoa, dependendo do papel e importância que este representa na vida da criança. Deste modo, a criança imita determinados comportamentos sem, em muitos casos, saber se estes são corretos ou não. Por este motivo, a maneira como se come ao pé da criança torna-se fulcral dado que será alvo de imitação. Por exemplo imitar um comportamento de rejeição pode ser normal se a criança perceber que o adulto também o faz e que daí advém algo positivo.
- c) Por fim, o ambiente tal como o próprio nome indica, diz respeito ao local onde a criança faz as refeições na maior parte das vezes, que por sua vez inclui diversos estímulos, desde a televisão, os brinquedos, até aos talheres da comida que, de alguma forma, podem influenciar o seu comportamento. Estes instrumentos podem ser fatores de distração que em alguns casos funcionam como um estímulo para que a criança coma, e noutros apenas servem para reforçar o comportamento negativo, por exemplo de rejeição pela comida (Lázaro, 2001).

Lázaro (2001) refere como medida, que os cuidadores observem com atenção o comportamento da criança durante o período em que esta ingere a comida, por vezes esse simples ato torna-se a melhor forma de solucionar muitos dos problemas de alimentação apresentados por estas.

1.2.4. Estilos parentais e práticas parentais

Frequentemente os estilos parentais têm sido referidos como influenciadores de determinados comportamentos relacionados com a saúde das crianças e adolescentes

(Parletta, Peters, Owen, Tsiros & Brennan, 2015). Assim, no que respeita ao desenvolvimento da criança, através dos estilos parentais é possível perceber a influência que os pais têm neste processo (Rochinha & Sousa, 2012). Para Nunes (2011), o estilo parental é uma característica que não se altera facilmente, mantendo-se estável ao longo do tempo. Este constrói não só o contexto ambiental, mas também o emocional onde ocorre a educação e socialização das crianças, determinando ainda um padrão, através do qual é possível às crianças analisar os comportamentos característicos dos pais.

A primeira tipologia de estilos parentais foi proposta por Baumerind (1971), esta investigadora identificou e descreveu três estilos parentais, sendo estes o autoritário, o permissivo e a autoridade democrática (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

- O estilo parental autoritário enfatiza o controlo e a obediência. Para este estilo de pais, o controlo e a obediência inquestionável são palavras-chave. Quando as crianças violam um determinado padrão de conduta, que geralmente os pais tentam impor-lhes, estes são castigados de forma severa. Em comparação com os pais de outros estilos, estes apresentam uma conduta mais desligada, sendo menos calorosos, conseqüentemente, as crianças também se mostram mais descontentes, inibidos e desconfiados.
- O estilo parental permissivo enfatiza a auto-expressão e a auto-regulação que também é valorizada pelos pais. Neste estilo, não são considerados modelos, mas sim os recursos. Os pais permitem aqui que as crianças monitorizem, dentro do possível, as suas próprias atividades, não lhes impondo grandes exigências. O estabelecimento de regras é previamente explicado, sendo que as crianças raramente são punidas e são ainda consultadas em relação às decisões a tomar. Aqui, os pais não são controladores nem exigentes, mostrando-se calorosos. As crianças que neste estilo têm valores mais baixos de auto-controlo e de exploração tendem a ser imaturos em relação ao período pré-escolar.
- O estilo descrito pela autoridade democrática é caracterizado como aquele em que há, por um lado, o respeito pela individualidade da criança e, por outro, um esforço para inculcar valores sociais. Aqui os pais respeitam as decisões, opiniões, interesses e personalidades dos seus filhos, embora também apresentem confiança em relação à sua capacidade para orientar as crianças. Os pais neste estilo apresentam comportamentos afetuosos, fortes e exigentes, em relação à afirmação dos padrões são consistentes e não excluem as punições, desde que esta seja limitada e sensata. Fazem questão de explicar às crianças o motivo que está por detrás dos seus padrões, estimulando as trocas de opiniões de forma verbal. Esta educação parece criar crianças seguras, por perceberem que são amadas e ao mesmo tempo saberem o que é esperado delas. Em relação ao período pré-escolar apresentam um comportamento mais auto-confiante, auto-controlado, auto-assertivo, explorador e contente (Papalia, et al., 2001).

Para além destes três estilos parentais referidos, Rochinha e Sousa (2012) referem que mais tarde surgiram outros dois estilos, o indulgente e o negligente, criados a partir do estilo permissivo. Apesar de entre os cinco estilos referidos, o autoritativo ou democrático ser referenciado como o mais aconselhado, verifica-se que este não é o que mais se pratica. O estilo mais presente entre os pais o autoritário, que está diretamente ligado com as práticas parentais de controlo alimentar, como é o caso da restrição alimentar e a pressão para comer que originam consequências indesejáveis. Como consequência deste estilo, verifica-se uma diminuição por parte da criança, da sua capacidade de auto-regulação na ingestão energética que se irá espelhar no seu aumento de peso.

Papalia, Olds e Feldman (2001) referem que o estilo educativo com autoridade democrática apresenta-se como o mais aconselhado dado que parece aumentar a competência das crianças, talvez porque aqui são definidas expectativas razoáveis e padrões realistas. Neste contexto familiar, as crianças sabem quando o seu comportamento está dentro dos parâmetros esperados ou não, podendo decidir acerca da realização de um comportamento que poderá causar descontentamento por parte dos pais ou outro tipo de consequência, tendo em conta o objetivo que se quer atingir. Aqui, os filhos quando cumprem as suas responsabilidades e alcançam o sucesso reconhecem a satisfação que lhes está subjacente, é esperado que as crianças realizem bem, não falhem nas tarefas e executem positivamente as atividades e entretenimentos familiares. Ao contrário das famílias autoritárias, em que as crianças na maior parte das vezes não conseguem realizar escolhas de forma independente no que concerne ao seu comportamento, devido à rigidez do controlo que lhes está subjacente ou, também das famílias permissivas, em que as crianças correm o risco de se tornar inseguras e ansiosas em relação a estarem ou não a realizar de forma correta as atividades, devido à pouca orientação que recebem por parte dos pais.

Intimamente ligadas aos estilos parentais encontram-se as práticas parentais relacionadas com a alimentação da criança. Pinheiro-Carozzo e Oliveira (2015) definem as práticas parentais como as estratégias que os pais utilizam junto dos seus filhos na sua educação alimentar, de forma a diminuir as suas respostas desajustadas e conseqüentemente, ampliar as ajustadas. Um estudo realizado por Ramos e Stein (2000) verificou a existência de influência das estratégias utilizadas pelos pais nos padrões de alimentação das crianças, e verificou-se que os pais, em vez de tentarem desenvolver hábitos e atitudes direcionados a padrões de alimentação mais adequados do ponto de vista qualitativo, estavam mais preocupados relativamente à quantidade de alimentos ingerida pelas crianças.

Referindo-nos agora às atitudes de controlo dos pais face à alimentação dos seus filhos, percebe-se que este tem sido um assunto bastante estudado desde há uns anos para cá. Como já foi referido algumas vezes ao longo do trabalho, sabe-se que através dos seus próprios comportamentos alimentares e práticas de alimentação, os pais exercem uma importante influência sobre os padrões alimentares das crianças e sobre o desenvolvimento

de peso. Assim associam-se os tipos de práticas parentais com o comportamento alimentar das crianças e jovens.

Têm sido apresentadas três classificações para as atitudes de controlo dos pais, nomeadamente, o controlo restritivo, a pressão para comer e a vigilância ou controlo discreto (Viana, Franco, & Morais, 2011; Viana et al., 2012; Viana, Candeias, Rego, & Silva, 2009). Segundo estes autores, os efeitos das atitudes parentais no comportamento alimentar das crianças e na regulação da ingestão energética podem ser várias, nomeadamente:

- atitudes restritivas, abrangem a exclusão dos alimentos considerados menos saudáveis e a redução da quantidade ingerida pelos filhos;
- pressão para comer, inclui pressão para ingerir alimentos mais saudáveis (frutas, vegetais, etc.) em maiores quantidades;
- vigilância ou controlo discreto (monitorização), envolve atitudes de atenção em relação aos hábitos alimentares dos filhos e atitudes subtis de controlo tais como: não comprar para casa alimentos menos saudáveis e agir como modelo promovendo refeições saudáveis (Viana, et al., 2009; Viana, et al., 2011; Viana et al., 2012;).

As práticas educativas, no que concerne à aprendizagem do comportamento alimentar, também podem ser averiguadas através de estratégias para controlo do que e quanto os filhos comem, estratégias para orientar quanto à alimentação e também estratégias que podem levar ao surgimento de um comportamento alimentar desadequado, como é o caso da utilização de um determinado alimento como recompensa e como regulador emocional (Musher-Einzmen & Holub, 2007). Segundo estes autores, as práticas alimentares parentais são doze, sendo estas: o controlo da alimentação feita pela criança; a utilização de comida para o controle das emoções; o incentivo ao equilíbrio e variedade alimentícia; o ambiente com presença de alimentos saudáveis; o alimento como recompensa; o envolvimento; o modelo; a monitorização; a pressão para comer; a restrição alimentar devido à saúde; a restrição alimentar para controlo do peso; e o ensino sobre nutrição. Estas práticas poderão algumas, e em alguns momentos, ser encaradas como positivas e ajustadas e outras ser vistas como negativas e impróprias.

Uma das variáveis que apresenta uma grande implicação na educação alimentar infantil são as práticas alimentares dos pais. Estas práticas têm consequências diretas no controlo do peso das crianças, dado que o aumento e a diminuição de peso estão ligados com a ingestão de alimentos que as crianças fazem, o que irá influenciar as condições nutricionais de cada um, podendo apresentar-se como baixo peso, adequado, sobrepeso ou obesidade (Musher-Eizenman & Holub, 2007).

Um estudo realizado por Melbye e Hansen (2015) apontou para o facto de que as principais forças que impulsionam os pais a diminuírem o consumo de alimentos não saudáveis

por parte dos seus filhos e ampliar o seu consumo de alimentos saudáveis não são estratégias restritivas, mas sim que motivam. Também o fornecimento de um ambiente familiar à volta do consumo de alimentos saudáveis, por parte dos pais, parece ser fundamental para a criança comer de forma saudável (Melbye & Hansen, 2015).

Num estudo realizado por Ramos e Stein (2000), estes autores observaram, em relação às estratégias utilizadas pelos pais, que estas podem modificar a auto-regulação da criança para o consumo de alimentos mais nutritivos, de acordo com a necessidade específica de cada um, o que poderá vir a contribuir para a influência no peso da criança. Neste mesmo estudo, os resultados apontaram para o facto de que quando é exercido um maior controlo na alimentação das crianças, por parte dos pais, a auto-regulação destas, para o consumo de alimentos energéticos, é menor.

Num outro estudo, Scaglione, Salvioni e Galimberti (2008) referem, quanto ao papel dos pais, que práticas de alimentação infantil, tais como exercer controlo excessivo sobre o que e quanto as crianças comem, podem contribuir para o sobrepeso na infância. Também os resultados de outra investigação, evidenciaram que os pais que se demonstram preocupados com o peso acima do normal dos seus filhos, assinalaram uma maior restrição alimentar, ao contrário dos pais que encaram o peso dos seus filhos como abaixo do normal, que referiram uma menor restrição no controle de peso e mais pressão para comer (Musher-Eizenman & Holub, 2007).

Brown, Ogden, Vogele e Gibson (2007) através dos resultados do seu estudo referem que embora as práticas de controlo parental sejam amplas, a escolha de determinadas práticas ao invés de outras depende de aspectos de ambos os pais e da criança. No mesmo estudo, foram encontradas associações entre as práticas de controlo parental e aspectos da dieta da criança, nomeadamente, o comer lanches mais saudáveis apareceu relacionado com um menor controlo oculto e maior pressão para comer, o comer frutas e legumes apareceu relacionado com níveis mais elevados de controlo aberto e encoberto durante as refeições, assim como menor pressão para comer. A neofobia alimentar - relutância na aceitação de novos sabores (Silva & Teles, 2013) - nas crianças mostrou-se relacionada com um menor controlo oculto durante as refeições e maior pressão para comer. Sendo que a pressão para comer por parte dos pais envolve um controlo muito direto, como é o caso de tentar encorajar a criança a comer, mesmo quando esta refere que não está com fome, enquanto o controlo oculto diz respeito a uma abordagem muito mais subtil e menos direta para gerir a dieta de uma criança, sendo que envolve o evitar restaurantes *fast-food* ou o não levar para casa alimentos não saudáveis (Brown, Ogden, Vogele & Gibson, 2007). Sugere-se assim a partir do estudo que formas de controlo diretas, tais como a pressão para comer podem resultar num efeito paradoxal, ao contrário de formas mais subtis de controlo, tais como controle oculto que podem funcionar positivamente. Concluiu-se o estudo referindo que as

práticas de controlo parental são generalizadas e que os pais usam diversas estratégias diferentes para gerir as dietas dos seus filhos (Brown et al., 2007).

Perante tudo o que foi exposto, é importante, no que se refere à alimentação e obesidade infantil, ter conhecimentos sobre os estilos e as práticas parentais, dado que este conhecimento pode tornar-se decisivo para o desenvolvimento de programas de ação que tenham por objetivo modificar a atual e crescente propensão de obesidade na infância (Rochinha & Sousa, 2012). No entanto, também se torna pertinente referir que as práticas parentais não são apenas influenciadas pelas atitudes dos pais, podendo estas ser modificadas pelo temperamento da criança, por fatores sociais, económicos e também culturais (Thompson, 2010).

Melbye e Hansen (2015) referem que a utilização de estratégias de promoção, por parte dos pais, parece estar associada a uma diminuição do consumo de alimentos não saudáveis e consequentemente, um aumento do consumo de alimentos saudáveis. Assim, uma forma positiva de alterar os comportamentos alimentares das crianças poderá passar por incentivar os pais a usarem estratégias de promoção focadas em interações relacionadas com os alimentos e com os seus filhos.

É notório que um estilo de vida menos saudável e uma alimentação mais calórica levará, no geral, a um aumento de peso nas famílias (Coelho & Pires, 2014). Contudo, um estudo realizado por Coelho e Pires (2014) concluiu que o excesso de peso dos pais não se apresenta como um determinante direto do peso dos filhos. No entanto, ligado ao ambiente familiar, concluiu-se que as crianças que apresentam um peso mais normativo para a sua faixa etária e altura são aquelas que ao nível do âmbito familiar sentem que são apoiadas, e onde existe um maior envolvimento e uma maior liberdade para expressarem o que sentem. Neste estudo revelou-se a importância e predominância do ambiente familiar no aumento de peso das crianças. Dado que irrevogavelmente o âmbito familiar se apresenta como um local de partilha de afetos, cuidados e padrões culturais, é pela intersubjectividade que se processa a construção dos processos psicológicos e das características individuais de cada indivíduo, sendo para isso fulcral a dinâmica dos vários processos relacionais, como é o caso da proximidade, do suporte emocional e apoio mútuo, da competência de pensar e de expressar as emoções e, ainda, da promoção da autonomia. O mesmo estudo evidenciou, ainda, que é em famílias pouco funcionais que se concentra uma maior taxa de crianças com peso acima do normal, o que levou os autores a considerar que o ato de comer por parte da criança poderá ser a maneira que esta encontra para se tentar estruturar numa família onde os afetos não fazem parte da “ementa” diária, ou também poderá ser uma forma desta usar o seu próprio corpo como uma forma de proteção de um ambiente familiar que se apresenta como disfuncional (Coelho & Pires, 2014).

Em conclusão, como referem Scaglioni, e colaboradores (2008) um modelo parental positivo pode apresentar-se como um método mais eficaz para melhorar a alimentação da criança, ao invés de determinadas tentativas de controlo dietético.

1.2.5. Preferências alimentares

Gostar ou não gostar de um determinado alimento, este é um dos critérios que influencia, principalmente a criança, no estabelecimento das suas preferências alimentares (Viana, Santos & Guimarães, 2008). É durante a infância que as preferências alimentares das crianças e os padrões de alimentação são construídos (Black & Hurley, 2011). Segundo, Scaglioni, Arrizza, Vecchi e Tedeschi (2015), o processo de estabelecimento das preferências alimentares é, nas crianças, complexo, sendo influenciado não só por fatores familiares, mas também fatores genéticos e ambientais. No entanto, são os pais que apresentam o papel mais importante neste processo de desenvolvimento da ingestão de preferências alimentares e de energia dos seus filhos (Scaglioni et al., 2008).

Vários autores referem que as experiências com os sabores dos alimentos começam muito cedo, ainda no útero, é aí que se inicia o gosto por determinado alimento, sendo que durante o período de aleitamento continua, permanecendo ao longo do tempo (Savage et al., 2007; Silva & Teles, 2013). O feto começa, pois, a familiarizar-se com os sabores da dieta materna que é feita durante a gravidez, e também os latentes vão experimentando os sabores da dieta materna através do leite materno. Para Savage et al. (2007), esta fase de experimentação acaba por fornecer uma ponte entre a criança e os sabores que esta experiencia, assim, pode-se contribuir para a aceitação por parte da criança dos alimentos da dieta materna. Posteriormente, numa fase mais avançada, as crianças fazem a transição para a dieta dos adultos adaptando-se à sua cultura, preferências alimentares das famílias e às suas dietas, bem como aos alimentos que estão disponíveis e acessíveis a eles. Deste modo, a modelagem e familiaridade parental apresentam um papel preponderante no que concerne às preferências alimentares das crianças que se encontram em desenvolvimento (Savage et al., 2007).

Geneticamente existe uma determinada predisposição para se apreciar comida com sabores doces e salgados e para pôr de parte os sabores amargos e azedos, é a partir daqui que se desenvolvem as preferências alimentares. Viana, Santos e Guimarães (2008) também defendem a existência de uma predisposição natural por parte da criança para admirar os doces, salgados e gorduras, e pelo contrário para rejeitar os sabores ácidos e amargos.

Apesar da influência de fatores genéticos, constata-se que através da exposição precoce, repetida e da experiência dos diferentes sabores, conseguem alterar-se as predisposições genéticas, modulando assim o paladar e diminuindo o risco de patologias futuras, nomeadamente obesidade infantil (Scaglione et al., 2008; Silva & Teles, 2013). O

processo de habituação a um novo sabor é peculiar, sendo que a rejeição de alimentos inseridos depois dos quatro anos de idade é frequente. Até aos cinco anos de idade, para que o processo de aceitação de um novo sabor seja eficaz, normalmente são precisas de 10 a 15 exposições repetidas (Silva & Teles, 2013). Reconhece-se que a exposição repetida a certos alimentos pode ser parte do ambiente saudável, contribuindo para o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis em crianças (Musher-Eizenman & Holub, 2007). Assim, reconhece-se a importância do papel dos pais no desenvolvimento das preferências alimentares. Por outro lado, como referem Rossi e colaboradores (2008), as preferências alimentares das crianças são influenciadas pelas escolhas e pelos hábitos alimentares dos pais, estes acabam também por exercer um papel determinante no que diz respeito à compra e à preparação dos alimentos, bem como de controlo da qualidade dos alimentos ingeridos.

Scaglione, e colaboradores (2008) anunciam um conjunto de mecanismos de desenvolvimento do gosto:

- **Exposição simples**, quanto mais somos confrontados com um alimento mais tendência existe para que gostemos dele, ou seja, no geral existe uma tendência para se gostar mais dos alimentos que consumimos mais frequentemente;
- **Efeito medicina**, existe uma inclinação para se gostar mais dos alimentos consumidos enquanto nos encontramos num estado de saúde plena, do que daqueles alimentos que são sugeridos aquando de um estado de saúde menos favorável; assim, existe uma tendência mais vincada por parte das crianças para pôr de parte alimentos que os próprios associam a condições de saúde desfavoráveis, por exemplo quando têm dores de barriga, ou também para descartar das suas preferências alimentos que associam a fases de ansiedade ou sofrimento psicológico, que, no geral, podem ocorrer entre a família nos momentos das refeições através de por exemplo discussões (Black & Hurley, 2011).
- **Aprendizagem do sabor**, perante a apresentação de dois alimentos com sabores diferentes, sendo que num se adiciona açúcar e outro não, a preferência recai sobre o primeiro alimento que for apresentado mesmo que este seja o que não contém açúcar.

Vieira, Silva, Vieira, Almeida e Cabral (2004) referem que também as preferências e o comportamento alimentar da criança são estabelecidos pela interação desta com determinado alimento, pelo seu desenvolvimento anatomofisiológico e, ainda, por fatores culturais, emocionais, socioeconómicos e psicológicos. Contudo, o que resulta da interação da criança com o cuidador mais diretamente ligado à sua alimentação parece apresentar-se como o maior influente na formação dos hábitos alimentares destas. A aprendizagem social em ampla escala é transmitida à criança pela própria família, também o ambiente que se vive em casa, o próprio estilo de vida dos cuidadores, as relações interfamiliares podem apresentar-se como grande influenciadores da alimentação, nomeadamente nas preferências alimentares das crianças, e desta forma influenciar o equilíbrio energético da alimentação

pela disponibilidade e composição dos alimentos. Denota-se desta forma que a inserção ou aprendizagem de um hábito alimentar socialmente aceite, poderá ser estabelecido no âmbito familiar, e que estes assim poderão contribuir para a formação de um padrão de comportamento alimentar ajustado ou desajustado (Vieira et al., 2004).

As interações da criança com o meio ambiente e principalmente com o seu cuidador apresentam uma grande relevância, essencialmente, nos primeiros anos de vida, dado que, as características do vínculo afetivo, existente entre ambos, podem contribuir positivamente ou negativamente para a formação dos gostos e das rejeições (Restrepo & Gallego, 2015). As refeições podem ser momentos de grande tensão e desacordo entre crianças e cuidadores, quando as crianças se negam a comer alimentos nutritivos como legumes ou frutas e verduras, isto pode contribuir para uma interação pouco saudável, e também para as crianças podem não receber os nutrientes essenciais para um desenvolvimento saudável. Supercontrole, restrição, pressão para comer, e uma promessa de recompensas, por parte dos pais, podem ser consideradas estratégias de influência alimentar que nem sempre conduzem as crianças para o caminho desejado (Scaglioni, Arrizza, Vecchi & Tedeschi, 2015).

Para Silva e Teles (2013) também as emoções, os aspetos sociais e os processos digestivos se apresentam como fatores importantes que influenciam o processo de aquisição do gosto. No processo de desenvolvimento das preferências alimentares deve-se considerar que existe uma maior probabilidade de o alimento fazer parte do leque das preferências da criança quando este é consumido durante uma situação em que a criança interage positivamente com um adulto, ou quando é apresentado como se de uma recompensa se tratasse. Pelo contrário, quando o consumo de um determinado alimento acontece numa situação de conflito, provavelmente esse alimento será rejeitado pela criança (Viana et al., 2008).

No que concerne às estratégias utilizadas pelos pais para levar a criança a alimentar-se, ou para que esta aprenda a comer certos alimentos em detrimento de outros, o contexto social assume um papel predominante (Ramos & Stein, 2000). Influências ambientais, de desenvolvimento e familiares estão presentes nos padrões alimentares, quando as crianças começam, aos poucos, a transitar para todos os tipos de alimentos que são consumidos em casa pelos cuidadores, estes acabam por não valorizar muito os sinais internos para a regulação da fome e da saciedade da criança, e ao invés disso, continuam a eleger os padrões familiares e culturais que estão presentes desde há muito tempo. Ao nível familiar, o estabelecimento de comportamentos e de preferências alimentares, das quais fazem parte elevadíssimas quantidades de gordura e de açúcar, tende a ser um comportamento de crianças cujos pais oferecem modelos dietéticos pouco saudáveis (Black & Hurley, 2011).

Black e Hurley (2011) dizem ainda que as características próprias dos vários alimentos, bem como fatores ambientais também contribuem muito para a sua aceitação ou

rejeição por parte das crianças. No primeiro caso o seu sabor, cor, textura, aspeto e odor exerce uma grande influência. Os fatores ambientais estão relacionados com o contexto em que o alimento é consumido, se este é ingerido na presença ou não de outras pessoas e também com as consequências que o próprio espera em relação ao consumir ou não determinado alimento. Relativamente a este último aspeto pode-se clarificar melhor, exemplificando as consequências de ingerir um alimento pode ser simplesmente saciar a fome, ou pode passar pela participação numa situação social ou até ter a atenção dos cuidadores. Pelo contrário, associadas ao ato de não comer para as crianças pode estar o ter mais tempo para dedicar às brincadeiras, receber mais atenção por parte dos adultos ou até poder beneficiar de pequenos alimentos em vez de refeições completas (Black & Hurley, 2011).

O estilo parental aparece também relacionado com a neofilia. Evidências apontam para que, quanto aos hábitos alimentares das crianças, pais menos autoritários e mais permissivos constituem um determinante para o aumento da neofobia (Babo & Almeida, 2013). Foi também apurado que:

um encarregado de educação mais neofóbico se torna mais permissivo para que a criança não coma a mesma comida da restante família, permitindo que coma uma comida diferente, assim quando a criança apresenta grande dificuldade em comer o que é desejado para ela, acaba por comer menos vezes a mesma comida da restante família, mas mais vezes uma comida diferente, o que pode não só determinar uma diminuição da sua variabilidade alimentar, mas também um aumento do seu comportamento neofóbico (Babo & Almeida, 2013, p.2).

Uma última nota refere-se à importância das refeições serem realizadas em conjunto com a família toda, cuidadores e crianças na mesa ao mesmo tempo, dado que isso pode contribuir para a criação de modelos por parte da criança, também para que estas ocasiões sejam encaradas como momentos de socialização positiva e assim, através dos exemplos dos cuidadores, as crianças possam aumentar o seu leque de preferências alimentares saudáveis (Black & Hurley, 2011).

Um estudo realizado por Restrepo e Gallego (2015) registou que, ao questionar as crianças quanto às suas preferências alimentares, estas referiram como alimentos preferidos hambúrgueres, cachorro-quente, presunto, doces, alimentos embalados, refrigerantes, tortas, batatas fritas, bolos, biscoitos, gelados e pizza. Denotou-se uma preferência de todas as crianças pelos fritos, bem como para doces, gelados, chupa-chupas e gomas que adquirem nas lojas perto da escola. Pelo contrário, os alimentos mais notoriamente rejeitados pelas crianças eram legumes, carnes, sopas e temperos (como cebola) além de feijão e queijo.

Viana e colaboradores (2008), em relação às preferências alimentares, acrescentam ainda que as crianças através da observação de outras crianças também adquirem ou ampliam as suas preferências, sendo este tipo de técnica (observação de um modelo da mesma idade), uma das que por vezes se evidencia como mais significativa no processo de diversificação do repertório comportamental da criança.

Birch (1998) refere que quando o consumo de um determinado alimento é habitualmente recompensado com outro tipo de alimento que mais agrada à criança, como por exemplo, receber um doce se comer a sopa toda, na visão da criança, a sopa passa a fazer parte dos alimentos de rejeição, enquanto o doce passa para a lista das preferências, da mesma forma quando a seguir à ingestão de um alimento se segue um reforço, que pode ser apenas ver televisão no fim de comer as verduras todas, também neste caso as verduras passam a ser incluídas na lista de rejeições. De forma a criar nas crianças um desenvolvimento positivo das suas preferências alimentares, o dar à criança alguns alimentos preferidos juntamente com os novos alimentos, e também a apresentação de um comportamento de calma perante neofobias temporárias, apresentam-se como técnicas favoráveis (Silva & Teles, 2013).

Percebe-se, assim, que as preferências alimentares se apresentam como bastante estáveis no tempo, podendo perdurar pela vida toda, pelo que se deve dar um enfoque especial não só às crianças, mas também aos pais no que concerne ao processo de “educação do gosto” (Silva & Teles, 2013).

1.3. Excesso de peso e obesidade na infância

As perturbações alimentares são encaradas como um problema de saúde pública cada vez mais patente, a sua sinalização e prevenção precoce é considerada com o máximo interesse e prioridade, dado que cada vez mais elementos da população são afetados por estes problemas, tendo início os problemas cada vez numa faixa etária mais nova e com tendência a perpetuar-se ao longo da vida (Teixeira et al., 2012).

Os comportamentos alimentares inadequados representam um importante factor de risco para a saúde. O excesso de peso pode contribuir para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, problemas respiratórios, diabetes, dislipidemias e alguns tipos de neoplasias, sendo que a taxa mais elevada de prevalência e as comorbilidades mais graves estão diretamente associadas com o surgimento precoce e a sua intensidade (Souza et al., 2014). Brazão e Santos (2010) associam também a obesidade a diversos problemas de saúde, sendo estes a diabetes tipo II, hiperlipidemia, hipertensão arterial e outras patologias cardiovasculares, alguns tipos de cancro, asma, e apneia do sono. Ainda estes autores associam este problema a co-morbilidade psiquiátrica, como depressão, ansiedade, e distúrbios alimentares. Assim, enquanto antigamente a obesidade era encarada

como um problema de saúde individual, devido à sua prevalência entre as famílias de todo o mundo, atualmente é examinada como um desafio para a saúde pública com grandes repercussões sociais (Sancho et al., 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000, citado por Pinheiro-Carozzo & Oliveira, 2015), a obesidade caracteriza-se pela acumulação em excesso de gordura, de tal forma que a saúde do indivíduo pode ser adversamente afetada, assim é definida como uma patologia nutricional. Igualmente Souza et al. (2014) definem a obesidade e o sobrepeso como o acúmulo anormal de gordura corporal, sendo que pode trazer um conjunto de implicações para a saúde das pessoas, representando também um grave problema de saúde pública, particularmente pela propensão mundial que se tem assistido com níveis muito elevados de prevalência na população e igualmente pelo impacto que indiscutivelmente provocam na sociedade.

A obesidade é um problema médico que ainda nos dias de hoje traz consigo associado um estigma social (Stroebe & Stroebe, 1995). Segundo Stroebe e Stroebe (1995), para além do estigma social a que as pessoas obesas estão sujeitas, estas também são culpabilizadas pelo seu estado, no geral, as pessoas são da opinião que uma pessoa é obesa porque come muito e que a perda de peso depende dela.

De forma a prevenir o surgimento destas doenças, e de outras, é necessário incentivar, desde os primeiros anos de vida, o desenvolvimento de hábitos de alimentação saudável (Schwartz, Scholtens, Lalanne, Weenen & Nicklaus, 2011). Vários autores vêm reforçar esta ideia quando afirmam que para promover a saúde do indivíduo e prevenir doenças relacionadas com a alimentação é necessária uma alteração dos comportamentos alimentares (Melo & Tapadinhas, 2012; Ramos & Stein, 2000).

1.3.1. Dados Epidemiológicos relacionados com o excesso de peso e a obesidade

Segundo Sancho e colaboradores (2014), atualmente a obesidade infantil é vista como a doença mais prevalente na infância e na adolescência em todo o mundo. Devido ao crescente aumento da ocorrência de casos de sobrepeso e obesidade em crianças, nos dias que correm, este problema é considerado uma epidemia em países em desenvolvimento (Pinheiro-Carozzo & Oliveira, 2015). Este não pode ser considerado um problema pré-determinado a uma população específica, dado que pode afetar crianças de diversas idades, sexo, etnia e estrato social (Tenorio & Cobayashi, 2011). Assim, a obesidade infantil apresenta-se como um problema cada vez mais grave, e tem de ser encarada como tal (Prazeres & Fonseca, 2010).

Também para Carvalho, Carmo, Breda e Rito (2011) a obesidade Infantil, atualmente, apresenta-se como um dos desafios de saúde pública mais sérios, sendo que apresenta uma grande probabilidade de se manter na idade adulta, assim como também está associada a um conjunto de resultados desfavoráveis em termos da saúde e bem-estar das crianças e adolescentes. Nos países desenvolvidos, a percentagem de crianças com excesso de peso e obesas apresenta atualmente valores elevadíssimos, com os índices a rondar os 30% na Europa (Janssen, 2005, citado por Viana & Sinde, 2008) incluindo Portugal (Padez et al., 2004, citado por Viana & Sinde, 2008). Os resultados da Organização Mundial de Saúde e do *International Obesity Task Force*, publicados em 2008, indicam que existem mais de 155 milhões de crianças e adolescentes em todo o mundo com excesso de peso, e aproximadamente 40 milhões com obesidade (Brazão & Santos, 2010). Comparativamente com os restantes países Europeus, a prevalência no nosso país coloca-nos como um dos que manifesta taxas mais elevadas de crianças com excesso de peso e obesidade, desta forma, seria imperativo intervir o mais rápido possível, tanto a nível da identificação dos determinantes, como da sua prevenção, de modo a alterar estes resultados (Prazeres & Fonseca, 2010; Costa et al., 2012).

Estes dados são preocupantes, dado que os problemas de peso que surgem nos primeiros anos de vida apresentam uma grande tendência para continuarem ao longo do tempo (Jansen et al., 2012). González e Viveros (2009) concordam, sendo possível no seu estudo ver descrito que os transtornos alimentares são agora um problema de saúde pública, não só pela crescente incidência, como também pela gravidade dos sintomas associados, pela sua resistência ao tratamento e porque se desenvolve em idades cada vez mais novas, persistindo até à idade adulta.

1.3.2. Perceções e preocupações parentais acerca do peso da criança

As perceções parentais sobre o estado nutricional e imagem corporal das crianças é um aspeto fulcral a ser estudado, dado que o domínio destes aspetos permite a adoção de estratégias de intervenção mais realistas e eficazes e, a partir da consciencialização dos pais e cuidadores sobre o tema, poderá iniciar-se um processo que permita detetar atempadamente, tratar e principalmente prevenir a obesidade infantil (Macedo, Festas & Vieira, 2012).

Seria fulcral que todos os pais conseguissem compreender e identificar que o peso corporal geralmente apresenta uma estreita ligação com a saúde dos seus filhos, como consequência desta perceção seria possível melhorar o papel do cuidador em relação aos cuidados com a alimentação das crianças (Camargo, Filho, Antonio & Giglio, 2013). No entanto, nos estudos analisados por estes autores, verificou-se que a perceção e identificação do peso corporal dos seus filhos por vezes não é efetuada de forma correta, ocorrendo várias distorções que podem influenciar todo o processo no que concerne à alimentação e peso corporal das crianças no presente e consequentemente na vida futura de cada criança.

Macedo, Festas e Vieira (2012) concluíram que a maior parte dos pais que fizeram parte do seu estudo considerava que os seus filhos tinham um peso adequado e apenas um pequeno número de cuidadores assinalou que os seus filhos estavam muito gordos e muito magros. Os autores concluíram que esta percepção do estado nutricional, assinalada pelos cuidadores, em quase metade dos casos se apresentava distorcida, sendo que em 50.1% dos casos a percepção estava correta.

No que concerne à percepção sobre a imagem corporal, os mesmos autores verificaram que neste aspeto, apenas 37.9% dos cuidadores apresentaram uma distorção, contra 62.1% dos pais que mostraram uma percepção adequada à realidade (Macedo, Festas & Vieira, 2012). Ainda relativamente à imagem corporal, os mesmos autores obtiveram dados que os permitiram concluir que uma percentagem elevada de pais atribuiu uma figura que não correspondia à realidade. Dos 277 pais que atribuíram uma imagem correspondente ao percentil normal, apenas 123 apresentaram uma percepção correta, e das 99 crianças que se apresentavam em risco de obesidade, apenas 27 pais lhe atribuíram o percentil correspondente a este estado. Preocupante foi, ainda, o facto de, das 102 crianças obesas, só um cuidador ter assinalado corretamente este estado. Verificaram, ainda, que a distorção da percepção parental é maior no caso das crianças mais novas (Macedo et al., 2012).

Estes resultados mostram-se bastante preocupantes, dado que nos levam a concluir que em grande parte, a maioria dos pais não tem uma percepção do peso dos seus filhos ajustada à realidade. Esse fato pode contribuir para que o estado das crianças se mantenha ou evolua para casos mais graves com o passar do tempo, não sendo tomadas medidas para alterar uma condição prejudicial à saúde. Macedo e colaboradores (2012) consideram que é necessário alertar os cuidadores para os riscos associados à saúde decorrentes destes estados, de modo a mantê-los empenhados para a adoção de medidas e comportamentos de prevenção da obesidade e das co-morbilidades.

Noutro estudo realizado por Tremblay, Rinaldi, Lovsin e Zecevic (2012) os resultados permitiram verificar que os pais de crianças que apresentavam sobrepeso eram menos precisos ao determinar o tamanho do corpo do seu filho. Concluíram, ainda, que os pais que eram mais precisos ao assinalar a sua percepção do peso do seu filho referiram o uso de mais restrição alimentar do que os pais que se apresentaram mais imprecisos nesta categorização (Tremblay, Rinaldi, Lovsin & Zecevic, 2012). Verificaram, também, que os pais de crianças com excesso de peso que perceberam com precisão este excesso de peso, referiram estar mais preocupados com a alimentação e peso infantil, ao contrário os pais de crianças com peso normal que perceberam com precisão este peso normal, dos pais que de forma imprecisa perceberam a criança com peso abaixo ou sobrepeso quando na realidade o peso se apresentava normal, ou ainda dos pais que assinalaram o seu filho com dentro da normalidade ou abaixo de peso sendo que na realidade a criança apresentava excesso de peso. Assim, os pais pertencentes a estas últimas três categorias de precisão referidas, relataram estar um

pouco indiferentes em relação ao peso e ao que o seu filho comia. Por um lado, percebe-se que os pais de crianças com peso normal, não se demonstrem muito preocupados com a alimentação e peso da criança, por outro, a falta de preocupação nos pais com avaliações imprecisas, sugere que seja possível que o erro de percepção dos filhos seja causado por fatores motivacionais ou sensoriais, e seja o resultado de uma reação de auto-proteção. O facto de os pais não verem ou reconhecerem uma criança como tendo um problema de peso pode ser protetora e limitar a quantidade de preocupação, proporcionando, ao mesmo tempo, alguma tranquilidade sobre a parentalidade. Esta interpretação é suportada pelos resultados que revelam uma maior proporção significativa do número de pais de crianças com excesso de peso que fazem tais erros de percepção (Tremblay et al., 2012).

Também Arpini, Queiroz, Correa, Salaroli e Molina (2014), através da revisão de vários estudos, concluíram que as mães, na maior parte das vezes, apresentam uma maior inclinação para subestimar o peso da criança, sobretudo daquelas que manifestam excesso de peso para a idade, dado que não percebem o estado nutricional real de seus filhos. As práticas de controlo alimentar infantil são influenciadas pela percepção materna do peso corporal do filho, esta percepção também pode propiciar os distúrbios nutricionais na criança e/ou comprometer a eficácia do tratamento destes distúrbios. Um obstáculo no papel das mães no que concerne ao seu papel de cuidadoras dos seus filhos pode, pois, ser a não percepção da obesidade (Camargo et al., 2013).

Por todos os resultados que têm sido obtidos nos vários estudos, compreende-se que os pais, a família e também a sociedade apresentam um papel de grande importância no que concerne ao desenvolvimento global do ser humano, tanto na aquisição de estilo de vida saudável, quanto no comportamento alimentar mais adequado (Camargo et al., 2013). Tendo em conta estes resultados, ressalta-se a importância da implementação de programas de prevenção em fases precoces, sendo que devem incluir componentes de educação para os pais (Tremblay et al., 2012).

1.3.3. Intervenção preventiva

Pode-se considerar um comportamento alimentar problemático quando este não se apresenta como apropriado para implementar ou manter o indivíduo saudável e com boa saúde, ou então quando este se desvia do que na maior parte das vezes é visto como normal e habitual numa determinada faixa etária. Por este motivo, aquele comportamento que é encarado como adequado a uma determinada idade, pode noutra altura do ciclo de desenvolvimento ser encarado como desadequado e desajustado, sendo por isso necessário altera-lo (Lázaro, 2001).

Os problemas infantis, muitas das vezes, emergem como consequência das práticas dos adultos, ou então, estes podem também ser mantidos através da colaboração involuntária

do adulto. A forma como os cuidadores ensinam as crianças a comer é um elemento fundamental para a aquisição, por parte destas, dos hábitos alimentares (Lázaro, 2001).

Assim, também o comportamento de rejeição face a certos alimentos pode ser ensinado e assim aprendido pela criança, por exemplo:

quando o bebé fecha a boca e abana a cabeça de um lado para o outro fica engraçado e provoca às vezes o sorriso do adulto que lhe dá atenção e pensa em como é que ele, sendo tão pequeno, sabe tanto. Em algumas alturas gosta que ele repita «essa graça» perante conhecidos ou familiares, e, desta maneira, entre muitas outras, a criança vai aprendendo um comportamento que, se no princípio o fazia porque não tinha fome, porque não gostava da comida, ou por qualquer outra razão, agora repete-a porque aprendeu quem é um comportamento adequado para o adulto. Esse comportamento instala-se e, ainda que depois não tenha as consequências que tinha no princípio («a graça»), consegue outras não menos agradáveis como a atenção dos adultos ou o evitar comer o que não gosta (Lázaro, 2001, p.16).

A batalha contra os estilos de vida desadequados deve começar desde as idades mais iniciais de forma a prevenir hábitos alimentares desregulados. Segundo Brazão e Santos (2010), de forma a garantir rotinas relacionadas com os comportamentos saudáveis, é imperativo trabalhar diretamente com os pais das crianças desde as fases mais iniciais do desenvolvimento da criança. Isto não é verificado, dado que, infelizmente, alguns pais não recebem qualquer orientação sobre como promover, junto das crianças, a aceitação de alimentos (Scaglioni et al., 2015). Ainda segundo Scaglioni e colaboradores (2015) é importante que os pais saibam que crianças auto-reguladas, relativamente à dieta, podem lidar melhor com o ambiente atual de excessos alimentares.

Torna-se importante, no contexto da saúde infantil, e talvez necessário, investigar os conhecimentos dos pais relativos à alimentação infantil, uma vez que a família se apresenta como principal protagonista do desenvolvimento do comportamento alimentar da criança. Formar e informar os pais em atividades de educação e promoção da saúde infantil, principalmente da educação alimentar (Costa et al., 2012). Denota-se a importância e a mais-valia de os pais serem alvo de programas de prevenção, dado que as crianças modelam os seus comportamentos alimentares através do dos pais. Os pais podem tornar-se modelos eficazes para as crianças, desde os primeiros anos de vida, quando bem informados e motivados (Scaglioni et al., 2015).

No seu estudo, Cislak, Safron, Pratt, Gaspar e Luszczynska (2011) sugerem um conjunto de mensagens-chave que podem ser interpretadas como estratégias preventivas dos comportamentos alimentares desajustados, mais propriamente da obesidade, temática esta já abordada ao longo deste trabalho. Assim, referem no que a prevenção da obesidade, a pode ser conseguida através do envolvimento dos pais; As intervenções devem concentrar-se em estratégias de tratamento cognitivas ou comportamentais para os pais, ou ensinar os pais a utilizar estratégias de reforço positivo como a recompensa. Deve contabilizar-se as estratégias familiares para um comportamento específico, por exemplo a falta de controlo restritivo sobre as escolhas alimentares; deve abordar-se variáveis familiares e comportamentos específicos, tais como o apoio dos pais para a atividade física, nas intervenções direcionadas para a atividade física entre adolescentes; Famílias e comunidades com baixos rendimentos familiares e com níveis educacionais inferiores, por parte dos pais, também devem ser incluídas nas intervenções que promovem a atividade física entre os adolescentes (Cislak et al., 2011).

Concluindo, e criando uma visão ampla do que se referiu até aqui, dada a magnitude e severidade que o problema da obesidade assume nos dias de hoje em todo o mundo, e tendo também em conta que os fatores de risco associados à obesidade começam a surgir desde muito cedo, é imprescindível encontrar estratégias que se apresentem mais eficazes para prevenção deste problema em estádios precoces (Goes et al., 2015). Para Lázaro (2001) não só é recomendável, como é necessário, estabelecer hábitos alimentares adequados na infância.

Os hábitos alimentares não são iguais em todas as famílias, pelo contrário estes são variados e as crianças vão adquirindo os hábitos específicos da sua família na vida diária (Fernandes & Moreira, 2007; Lázaro, 2001; Scaglioni et al., 2008). Assim, nas crianças a aquisição de bons hábitos de alimentação exige por parte dos cuidadores a adoção e utilização de determinadas regras consistentes, claras e adequadas à idade da criança (Lázaro, 2001), ao nível do funcionamento familiar, dado que este apresenta uma forte influência na alimentação das crianças. É essencial dotar os pais com informação que lhes permita avaliar as necessidades nutricionais das crianças, para que estes possam utilizar estratégias de promoção de comportamentos de alimentação saudável. Para se iniciar uma mudança nas práticas alimentares, é necessário fornecer também aos pais informações de modo a mudar as suas perceções e preocupações em relação à real ameaça que a obesidade representa para o desenvolvimento e saúde dos seus filhos, que conduza a uma alteração das suas crenças sobre as atuais ameaças à saúde das crianças (Savage et al., 2007). Ou seja, dado que os pais se apresentam como uma das principais fontes de influência a nível de atitudes e comportamentos relacionados com a prática de uma alimentação saudável das crianças, é urgente educá-los para esta temática (Fernandes & Moreira, 2007).

Com isto, concluímos que é necessário incentivar os pais para que estes estimulem os filhos, logo desde os primeiros anos de vida, para que estes possam adotar refeições nutritivas, por exemplo, optando por comidas feitas em casa, ao invés de preferencialmente escolherem restaurantes de *fast-food* (Fernandes & Moreira, 2007; Ramos & Stein, 2000).

Perante o que foi exposto ao longo do capítulo, considera-se então que a família detém as principais responsabilidades no desenvolvimento e prevenção da obesidade nas crianças. Assim, o que se pretende é que os pais assumam um papel ativo, dinâmico e responsável contribuindo de forma positiva para a formação das crianças, de modo a que estas se tornem adultos com bons hábitos de vida e que entendam a necessidade de optarem por uma boa alimentação para promoverem a sua saúde (Fernandes & Moreira, 2007; Scaglioni et al., 2008).

Com este estudo pretendeu-se, assim, investigar, de forma exploratória, o comportamento parental face à alimentação da criança. Este estudo tem como objetivo nomeadamente perceber quais são as atitudes de controlo por parte dos pais, com respeito à alimentação dos filhos; Perceber se os pais se sentem responsáveis pela alimentação dos seus filhos; Compreender se existe ou não preocupação relativa ao peso dos filhos; Apurar qual é a percepção por parte dos pais do seu próprio peso e do peso dos seus filhos; e, por fim, perceber, do ponto de vista dos pais, quais eles consideram ser as preferências alimentares das suas crianças.

Capítulo 2 - Metodologia

Ao longo deste capítulo serão descritos e expostos os principais objetivos a alcançar com este estudo e quais os métodos e os procedimentos realizados para a concretização da investigação. Deste modo, sucintamente, será feita uma breve apresentação do estudo, seguida da caracterização dos participantes, serão também descritos os instrumentos a que se recorreu para recolher os dados necessários para o estudo, e por fim uma rápida exposição dos procedimentos estatísticos selecionados.

2.1. Apresentação do estudo

O presente estudo é quantitativo e de cariz transversal (cross-sequencial) dado que a recolha da amostra obteve-se num único momento. O tipo de estudo em questão possui carácter descritivo pois visa documentar fenómenos interessantes. Trata-se de um estudo comparativo visto que permite comparar duas ou mais variáveis com o objetivo de entender quais as diferenças patentes entre as mesmas. No que concerne ao *design* de investigação, utilizou-se o *design* correlacional ou observacional, pois foi através da aplicação de um questionário que adquirimos informação acerca da nossa amostra, de modo a, posteriormente, descrever e prever comportamentos.

Este estudo surge enquadrado num projeto de investigação mais geral, intitulado por “Comportamentos de saúde e prevenção da doença”. Dentro deste tema global, as diretrizes seguidas nesta investigação seriam as variáveis cognitivas e comportamentais, nomeadamente aprofundar o conhecimento sobre os comportamentos alimentares das crianças em idade escolar (e.g., hábitos alimentares, preferências alimentares), bem como, estudar o papel dos pais nas escolhas alimentares das crianças (e.g., conhecimento nutricional; identificação de barreiras a uma alimentação saudável; representação do excesso de peso/obesidade);

Deste modo, pretendeu-se, com o estudo, perceber o que pensam os pais sobre o peso e a alimentação do(a) seu(sua) filho(a), e ainda sobre a capacidade de controlar o que os filhos comem e de promover uma alimentação saudável. Assim, de modo geral este estudo pretende investigar, de forma exploratória, o comportamento parental face à alimentação da criança.

2.1.1 Objetivos gerais:

- Perceber de que modo os pais se sentem responsáveis pela alimentação dos seus filhos;
- Apurar qual é a percepção por parte dos pais do peso dos seus filhos;
- Compreender se existe ou não preocupação relativa ao peso dos filhos;

- Perceber quais são as atitudes de controlo, por parte dos pais, com respeito à alimentação dos filhos, e,
- Perceber, do ponto de vista dos pais, quais consideram ser as preferências alimentares das suas crianças.

2.1.2 Objetivos específicos:

- Objetivo específico 1: Verificar se existem diferenças entre os pais com idade mais avançada e os pais mais novos, relativamente à responsabilidade percebida, ao peso da criança percebido, à preocupação com o peso da criança, à restrição, à pressão para comer, à monitorização, ao controlo aberto e ao controlo coberto da criança.
- Objetivo específico 2: Apurar se são demonstradas diferenças entre os pais que só têm um filho e os pais que têm mais do que um filho, quanto à responsabilidade percebida, ao peso da criança percebido, à preocupação com o peso da criança, à restrição, à pressão para comer, à monitorização, ao controlo aberto e ao controlo coberto da criança.
- Objetivo específico 3: Perceber se existem desigualdades entre os pais que têm filhos com idades mais baixas e os pais que têm filhos com idades mais altas quanto à responsabilidade percebida, ao peso da criança percebido, à preocupação com o peso da criança, à restrição, à pressão para comer, à monitorização, ao controlo aberto e ao controlo coberto da criança.
- Objetivo específico 4: Aprender se existem diferenças entre os pais que têm filhos do sexo masculino, comparativamente com os que têm do sexo feminino, em relação ao peso da criança percebido, à preocupação com o peso da criança, à restrição, à pressão para comer, à monitorização, ao controlo aberto e ao controlo coberto da criança.
- Objetivo específico 5: Compreender se a responsabilidade percebida, o peso da criança percebido, a preocupação com o peso da criança, a restrição, a pressão para comer, a monitorização, o controlo aberto e o controlo coberto da criança são influenciados pelas habilitações literárias.
- Objetivo específico 6: Verificar se existem correlações entre as diversas dimensões que abrangem o *Child Feeding questionnaire*.

2.2 - Participantes

Tendo em conta os objetivos do estudo, utilizou-se o processo de amostragem por conveniência, ou seja, não probabilístico. Tal como o próprio nome indica, caracteriza-se pelos elementos que compõem a amostra serem selecionados devido à facilidade de acesso (Maroco & Bispo, 2003). Com o intuito de garantir rigor e objetividade metodológica na investigação, definiram-se critérios para selecionar os participantes da amostra. Assim, apenas se admitiram sujeitos, tanto do sexo masculino como feminino, com filhos com idades

compreendidas entre os seis e os dez anos de idade. Desta forma, excluíram-se as pessoas com filhos com idades inferiores a seis anos ou superiores a dez anos.

Os dados foram recolhidos numa escola, o Conservatório de Música da Covilhã no distrito de Castelo Branco, e também por conveniência a pessoas conhecidas que preenchiam os critérios de inclusão, residentes nos concelhos da Covilhã e de Seia.

Relativamente à caracterização da amostra (Tabela 1), esta é constituída por 80 indivíduos, 62 (77.5%) do sexo feminino e 18 (22.5%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 24 e os 60 anos, sendo a média de idades de 40.19 (DP=5.42) e a moda de 38. Neste sentido, o grupo de pais com idades compreendidas entre os 24 e os 40 anos abarca 42 (52.5%) pais, e o grupo com idades compreendidas entre os 41 e os 60 anos é constituído por 38 (47.5%) pais.

Tabela 1
Caracterização sociodemográfica da amostra (N=80)

Variável		Frequência Absoluta (Fi)	Percentagem (%)
Género	Feminino	62	77.5
	Masculino	18	22.5
Idade	Dos 24 aos 40 anos	42	52.5
	Dos 41 aos 60 anos	38	47.5
Escolaridade	9º Ano	4	5
	12º Ano	15	18.8
	Licenciatura	43	53.8
	Mestrado	12	15
	Doutoramento	6	7.5
Estado Civil	Solteiro	4	5
	Casado	64	80
	União de Facto	9	11.3
	Divorciado	3	3.8
Situação Profissional	Doméstico(a)	1	1.3
	Empregado a tempo inteiro	74	92.5
	Empregado em regime de tempo parcial	1	1.3
	Desempregado(a)	3	3.81
	Reformado(a)	1	1.3

Relativamente à escolaridade, a maioria dos participantes, ou seja 43 (53.3%), tem uma licenciatura, cerca de 19% (n=15) possui o 12º ano e 15% o mestrado. No que concerne ao estado civil, em maioria temos 80% dos participantes casados e 11.3% encontra-se em união de facto. Relativamente à situação profissional, podemos constatar que quase 93% dos pais encontra-se empregado a tempo inteiro, e aproximadamente 4% neste momento está desempregado.

Quanto às variáveis referentes aos elementos constituintes do agregado familiar, patentes na tabela 2, pode-se constatar que a grande maioria (87.5%) afirma que o seu agregado é constituído pelo cônjuge/companheiro e pelo filho(s), 5% dos participantes aponta apenas o cônjuge/companheiro como elemento constituinte do agregado, outros 5% aponta o filho(s), por sua vez 1.3% refere o cônjuge/companheiro, o filho(s) e os pais e/ou sogros, por fim, igualmente 1.3% da amostra inclui apenas os pais e/ou sogros no seu agregado. No que respeita ao número de filhos, pouco mais de metade dos participantes (52.5%) tem 2 filhos, 38.8% dos indivíduos tem 1 filho, e 6.3% tem 3 filhos. Relativamente à posição da criança na fratria, 38.8% das crianças são filhos únicos, seguindo-se 31.3% que referem ter filhos mais velhos, e 27.5% afirmam ter filhos mais novos comparativamente com a criança alvo do presente estudo.

Tabela 2

Caracterização dos elementos constituintes do agregado familiar (n=80)

		Frequência Absoluta (Fi)	Percentagem (%)
Elementos do agregado familiar	Cônjuge e filho(s)	70	87.5
	Cônjuge/companheiro	4	5
	Filho(s)	4	5
	Cônjuge/filhos/pais	1	1.3
	Pais e/ou sogros	1	1.3
Número de filhos	1 Filho	31	38.8
	2 Filhos	42	52.5
	3 Filhos	5	6.3
	4 Filhos	2	2.5
Posição na fratria dos filhos	Mais novo	22	27.5
	Mais velho	25	31.3
	Ambos	2	2.5
	Só a criança	31	38.8

No que concerne às variáveis relacionadas com a criança alvo do presente estudo, como se pode observar na Tabela 3, denota-se que 30% tem 6 anos, 29% das crianças tem 7, seguido de 19% da amostra que tem 9 anos. Relativamente ao sexo da criança, a maioria são do sexo

masculino (61.3%). Por fim, relativamente ao ano escolar que as crianças frequentam, aparecem como mais representados o 1º ano escolar (33.8%), o 2º ano com 30%, e seguidamente encontra-se o 4ºano (21.3%).

Tabela 3

Caracterização sociodemográfica das crianças participantes no estudo (N=80)

Variável	Frequência Absoluta (Fi)	Percentagem (%)
Idade da Criança em estudo	6 Anos	30
	7 Anos	28.7
	8 Anos	10
	9 Anos	18.8
	10 Anos	12.5
Sexo da criança em estudo	Feminino	38.8
	Masculino	61.3
Escolaridade da criança em estudo	1º Ano	33.8
	2º Ano	30
	3º Ano	8.8
	4º Ano	21.3
	5º Ano	6.3

2.3 - Instrumentos

Mediante a pesquisa bibliográfica referente aos testes e escalas para recolher dados sobre o comportamento alimentar das crianças segundo a perceção dos pais, foram eleitos ponderadamente um conjunto de dois instrumentos, que revelaram ser pertinentes e adequados face às características do projeto de investigação.

Recorreu-se neste âmbito, para além do questionário sociodemográfico, ao questionário *Child Feeding questionnaire* construído por Birch et al. (2001) e adaptado para português por Real, Oliveira, Severo, Moreira e Lopes (2014) e também ao **Questionário de preferências alimentares** (adaptado por Andrade, 2008, citado por Sousa, 2009).

Estes instrumentos foram selecionados de entre uma grande panóplia de documentos pesquisados e encontrados, devido ao facto de avaliarem os objetivos a que nos propúnhamos trabalhar nesta investigação, foram também selecionados tendo por base a economia de tempo, os recursos materiais e as características dos participantes. Através da aplicação conjunta destes instrumentos, foi possível caracterizar melhor os comportamentos dos pais,

as preferências das crianças na perspectiva dos pais e os conhecimentos que os pais têm da alimentação dos seus filhos.

- **Questionário sociodemográfico**

Este questionário foi elaborado para este estudo, e foi aplicado com objetivo de recolher, de forma rápida, direta e simples, um vasto leque de informações sobre os participantes. Assim, para além de conter tópicos de cariz pessoal considerados relevantes como a idade, sexo, nacionalidade, habilitações literárias, local de residência (concelho), estado civil, número de filhos e idades, elementos do agregado familiar, situação profissional e profissão, abarca também questões relativa à criança alvo de estudo, nomeadamente, idade da criança, sexo, ano de escolaridade, quem é o seu cuidador principal, se tem algum problema de saúde e se teve acompanhamento psicológico/psiquiátrico.

Ainda inerente ao questionário sociodemográfico foram colocadas algumas questões relativas à preocupação com o peso, com a alimentação, à autoeficácia e ao controlo sobre o comportamento alimentar da criança. Deste modo, prevê-se que estes tópicos exerçam algum tipo de influência no comportamento alimentar das crianças sendo posteriormente verificados mediante o tratamento de dados da análise estatística.

- ***Child Feeding questionnaire***

De forma a avaliar as práticas parentais em relação à alimentação da criança aplicou-se o questionário ***Child Feeding questionnaire*** construído por Birch et al. (2001) e adaptado para português por Real e colaboradores (2014).

O Questionário Alimentar da Criança (***Child Feeding Questionnaire*** - CFQ) (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer, & Johnson, 2001) original é composto por 31 itens que se distribuem por 7 subescalas. Quatro subescalas avaliam o risco e preocupação com o peso, são elas: Percepção da responsabilidade dos pais pela alimentação dos filhos (PR, 3 itens); Percepção do excesso de peso dos pais (PPW, 4 itens); Percepção do excesso de peso dos filhos (PCW, 6 itens), e Preocupação com o excesso de peso dos filhos (CCW, 3 itens). As restantes avaliam as atitudes de controlo dos pais com respeito à alimentação dos filhos e são: Restrição (R, 8 itens); Pressão para comer (PE, 4 itens); Monitorização (M, 3 itens). O número de itens respondidos na subescala PCW varia conforme a idade destes, pois é pedida a avaliação do estado ponderal ao longo de diferentes níveis etários relacionados com os anos de escolaridade. Todos itens são cotados numa escala de *Likert* de 5 pontos (Viana et al., 2011).

O questionário final validado para amostras portuguesas é constituído por 38 itens que se distribuem por 9 sub-escalas (7 de Birch e 2 a partir de questionários Ogden): "responsabilidade percebida" (PR, 3 itens), "peso parental percebido" (PPW, 4 itens), "peso da criança percebido" (PCW, 3 itens; os outros três não eram aplicáveis devido à idade da

amostra), " preocupação com o peso da criança" (CCW, 3 itens), "restrição" (R, 8 itens), "pressão para comer" (PE, 4 itens), "monitorização" (M, 3 itens), e "controlo aberto" (OC, 5 itens) e "controlo coberto" (CC, 5 itens). Tal como na versão original, todos itens são cotados numa escala de *Likert* de 1 a 5 pontos (Real et al., 2014).

De forma a medir a consistência interna dos itens, os autores do estudo de validação recorreram ao Alfa de Cronbach, que mostrou uma variância de valores entre 0.684 e 0.889, sendo por isso considerada uma consistência razoável a muito boa. Esse estudo confirmou a utilidade deste questionário para crianças pré-escolares portuguesas, e apoiou a necessidade de reformular a dimensão restrição e manter de forma separada as dimensões de controlo aberto e controlo fechado (Real et al., 2014).

- ***Questionário de preferências alimentares***

Com o objetivo de avaliar as preferências alimentares utilizou-se ***Questionário de preferências alimentares*** (adaptado por Andrade, 2008) que avalia esta variável de acordo com a opinião dos pais. Trata-se de uma metodologia lúdica adaptada sob a forma de questionário por Andrade (2008) a partir da *Rank Order Preference Assessment* - (Birch, 1979, 1979a), e na qual os pais/encarregados de educação classificam 33 alimentos em três categorias: não gosta, gosta "assim-assim", e gosta muito, tendo em conta as preferências alimentares dos seus educandos (Sousa, 2009).

2.4 - Procedimentos

No que toca aos procedimentos, primeiramente efetuou-se uma pesquisa aprofundada da literatura existente, bem como um levantamento de investigações realizadas acerca da temática em questão de forma a encontrar alguma lacuna, ou factos pertinentes a serem alvo de estudo. Após o estabelecimento e a clarificação dos objetivos do estudo, houve uma especial pesquisa de instrumentos/escalas a utilizar que avaliassem as dimensões escolhidas. A mesma pesquisa literária foi efetuada para a realização das questões sociodemográficas presentes no questionário.

Através de uma análise mais aprofundada, deliberou-se os instrumentos que iriam fazer parte do protocolo de investigação e procedeu-se ao devido pedido das autorizações aos autores responsáveis pela aferição das escalas para a população portuguesa. Seguiu-se a construção do questionário sociodemográfico, no qual foram feitas questões pessoais e ainda tópicos característicos da população alvo a avaliar. A estes questionários, juntou-se o consentimento informado supracitado, finalizando assim o protocolo de investigação.

A recolha de dados realizou-se por conveniência a algumas pessoas que preenchiam os critérios de inclusão e também numa instituição de ensino, o Conservatório de Música da Covilhã onde através de um pedido formal de autorização se solicitou a respetiva autorização à recolha de dados na mesma, ao qual se obteve uma resposta positiva.

É pertinente referir que, tanto o anonimato, como a confidencialidade, foram salvaguardados, tendo sido cumpridas todas as questões éticas e deontológicas ao longo de todo o processo de investigação. Assim, foi redigido um documento com o consentimento informado, utilizando um vocabulário relativamente acessível onde está explícito que os dados recolhidos serão exclusivamente para fins estatísticos, sendo igualmente transmitido aos sujeitos a possibilidade de a qualquer momento interromper a sua participação se assim o entenderem.

Posteriormente, definimos um *timing* de cerca de um mês para a administração e recolha dos dados obtidos com os questionários. Estes foram aplicados em alguns casos pessoalmente através de contacto presencial, e no caso da escola foram entregues aos pais para eles preencherem em casa, após obtenção do seu consentimento por escrito.

Em seguida, os dados recolhidos através do protocolo de investigação foram introduzidos no programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0, onde posteriormente foram analisados e trabalhados. Primeiramente, através da análise descritiva, foi apresentada e caracterizada a amostra do presente estudo, seguida da análise dos resultados obtidos em cada instrumento, expressos de acordo com medidas de tendência central, que incluem principalmente medidas como a moda, mediana e média (M), e medidas de dispersão, utilizando para tal o desvio padrão (DP) e frequências (Guimarães & Cabral, 2007).

Procedeu-se à análise da consistência interna somente de 8 subescalas das 9 que compõem o *Child Feeding questionnaire*, bem como do seu total. Para tal, recorreu-se ao cálculo do Alfa de Cronbach (α) sendo que os seus valores podem oscilar entre 0 e 1. Especificamente, para valores inferiores a 0.6 são considerados inaceitáveis, entre 0.6 e 0.7 a consistência é designada razoável, entre 0.7 a 0.8 apresenta boa consistência, entre 0.8 e 0.9 admite-se como muito boa, e por fim, valores superiores a 0.9 são avaliados por terem uma consistência interna excelente (Pallant, 2007). Neste sentido, para o *Child Feeding Questionnaire* a nossa amostra em estudo ostenta na maioria das subescalas uma consistência muito boa (em 5 das subescalas), como pode ser observado na tabela. Duas das subescalas apresentam uma boa consistência e apenas uma apresenta valores (.551) considerados baixos. Relativamente à escala total, esta ostenta uma boa consistência, apresentando um Alfa de .745. Assim, pode-se afirmar que no nosso estudo as subescalas do CFQ ostentam uma consistência com valores consonantes com os do estudo de aferição à população portuguesa levado a cabo por Real et al. (2014).

Não se procedeu à análise da consistência interna da subescala 2 (Peso parental percebido) dado que, aquando da passagem individual do questionário, várias pessoas mostraram dúvidas em relação a se as perguntas desta dimensão faziam referência ao seu próprio peso ou ao peso da criança, o que pode ter contribuído para um enviesamento dos dados. O outro instrumento utilizado na investigação (Questionário de preferências alimentares) não foi sujeito à análise da consistência interna.

Posteriormente, num momento intermédio, seguiu-se a análise exploratória dos dados com o objetivo de decidir o tipo de teste estatístico a que se deveria recorrer para testar os objetivos. Como a amostra é constituída por 80 elementos a normalidade e a distribuição da amostra foi testada através do Shapiro-Wilk. Segundo a literatura, ao observar a Tabela 4 pode-se constatar que somente uma das subescalas (Pressão para comer) do *Child Feeding Questionnaire* (CFQ) segue uma distribuição normal, sendo que decidimos implementar testes paramétricos, ao passo que para as restantes subescalas procedeu-se à utilização de testes não paramétricos, uma vez que não seguem uma distribuição normal (Martins, 2011).

Tabela 4
Resultados obtidos da análise exploratória do CFQ (N=80)

Subescalas	Consistência Interna	Shapiro-wilk
Responsabilidade Percebida	.798	.000
Peso da Criança Percebido	.715	.000
Preocupação com o peso da criança	.827	.001
Restrição	.824	.000
Pressão para comer	.551	.117
Monitorização	.899	.000
Controlo aberto	.804	.005
Controlo coberto	.804	.050
Total	.745	.239

Assim, no âmbito dos testes paramétricos utilizou-se o t de Student (*t*) para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre grupos nos resultados do *Child Feeding questionnaire*, de acordo com várias variáveis sociodemográficas. Quanto aos testes não paramétricos, em alternativa ao t de Student empregou-se o Mann Whitney (*U*), para verificar e comparar as médias obtidas nas subescalas do *Child Feeding questionnaire* entre grupos (formados com base em variáveis sociodemográficas) (Alexandre, 2006; Maroco, 2007).

Depois de realizada a estatística inferencial, o último procedimento debruçou-se no cálculo de Correlação de Spearman (*rs*) de modo a verificar o grau de associação/correlação

existente entre todas as sub-escalas do instrumento em estudo. Este coeficiente varia entre -1 (associação negativa perfeita) e 1 (associação positiva perfeita), sendo que o valor 0 indica a inexistência de correlação entre variáveis. Considera-se que a correlação é forte se o coeficiente for superior a 0.8, moderada se o coeficiente se encontrar entre 0.4 e 0.8 e fraca se o coeficiente for inferior a 0.4 (Santos, 2010). Optou-se por este teste visto que a literatura refere que a sua utilização é indicada quando a amostra não segue uma distribuição normal (Maroco & Bispo 2003), como as 8 sub-dimensões da escala CFQ na nossa amostra.

Importa, ainda, mencionar que para toda a análise estatística efetuada assumiu-se o intervalo de confiança de 95%, considerando estatisticamente significativos os testes com probabilidades iguais ou inferiores a 0.05, aceitando assim que há diferenças significativas entre os grupos avaliados (Martins, 2011).

Capítulo 3 - Apresentação dos Resultados

Ao longo deste capítulo serão anunciados os resultados obtidos na presente investigação que foram trabalhados e analisados mediante o programa SPSS. Num primeiro momento serão apresentados dados de natureza descritiva respeitantes ao questionário sobre as práticas parentais relativas à alimentação dos filhos, às questões acrescentadas ao questionário sociodemográfico e ao questionário aplicado para avaliar as preferências alimentares das crianças. Posteriormente segue-se, então, a exposição da estatística inferencial, onde serão testados e analisados os dados obtidos relativos aos objetivos colocados.

3.1. Análise descritiva

Com objetivo de perceber o que pensam os pais sobre o peso e a alimentação do seu filho, e ainda sobre a capacidade de controlar o que estes comem e de promover uma alimentação saudável foram acrescentadas 9 questões ao questionário sociodemográfico.

Analisando as respostas relativas à preocupação que os pais exibem quanto ao peso da criança (Tabela 5), podemos observar que cerca de 44% dos pais referiram que quase sempre ou bastantes vezes se encontram preocupados, 24% mostra-se preocupado às vezes, enquanto os restantes 33% dos pais participantes poucas vezes ou nunca se mostram preocupados com o peso do filho. No que concerne à preocupação respeitante à alimentação que a criança faz, 65% dos participantes afirmaram que quase sempre ou bastantes vezes se encontram preocupados, 21% sentem-se preocupados às vezes e apenas 14% responderam que poucas vezes se sentem preocupados.

Tabela 5

Preocupação dos pais com o peso e a alimentação da criança (N=80)

Variável	Frequência Absoluta (Fi)	Percentagem (%)	
Preocupação com o peso do filho	Quase sempre	17	21.3
	Bastantes vezes	18	22.5
	Às vezes	19	23.8
	Poucas vezes	15	18.8
	Nunca	11	13.8
Preocupação com a alimentação do filho	Quase sempre	21	26.3
	Bastantes vezes	31	38.8
	Às vezes	17	21.3
	Poucas vezes	11	13.8

Os pais participantes caracterizaram a alimentação que a criança faz maioritariamente como saudável (76.3%) (Tabela 6), uma pequena parte 2.5% considera que a alimentação do filho é muito saudável, e, por outro lado, 21.3% refere que a alimentação da criança não é tão saudável como gostaria.

Tabela 6

Avaliação parental da alimentação da criança (N=80)

Variável		Frequência Absoluta (Fi)	Percentagem (%)
Caracterização da alimentação do filho	Muito saudável	2	2.5
	Saudável	61	76.3
	Não tão saudável como gostaria	17	21.3

No que respeita ao controlo que os pais consideram ter relativamente ao que os seus filhos comem em casa (Tabela 7), a maioria (48.8%) refere que quase sempre consegue controlar, 35% bastantes vezes e, 16.3% consideram que apenas às vezes conseguem controlar o comportamento alimentar da criança. Analisando o mesmo controlo que os pais conseguem ter, mas relativo ao que os seus filhos comem fora de casa, cerca de 39% considera que quase sempre ou bastantes vezes consegue ter esse controlo, a maioria com 43.8% refere que apenas às vezes sente controlo sobre o que o filho come fora de casa, e 17.5% dos participantes poucas vezes.

Tabela 7

Perceção do controlo dos pais sobre o que os filhos comem (N=80)

Variável		Frequência Absoluta (Fi)	Percentagem (%)
Controlo sobre o que o filho come em casa	Quase sempre	39	48.8
	Bastantes vezes	28	35
	Às vezes	13	16.3
Controlo sobre o que o filho come fora de casa	Quase Sempre	14	17.5
	Bastantes vezes	17	21.3
	Às vezes	35	43.8
	Poucas vezes	14	17.5

Analisando de seguida a Tabela 8, quanto ao grau de eficácia que os pais conseguem ter sobre o tipo de alimentos que os filhos comem, nomeadamente até que ponto os pais têm a certeza de que são capazes de evitar que o seu filho coma alimentos pouco saudáveis, 5% considera ter certeza absoluta, 37.5% bastante certeza, a maioria dos participantes (53.8%)

referem ter mais ou menos certeza, e os restantes pais (3.8%) diz ter pouca ou nenhuma certeza. Investigando até que ponto os pais têm a certeza de que são capazes de conseguir que o seu filho coma alimentos saudáveis e variados (Tabela 8), 13.8% referem ter a certeza absoluta, a maioria (48.8%) respondeu bastantes vezes, 35% responderam mais ou menos, apenas 2.6% revelaram pouca certeza ou nenhuma certeza.

Tabela 8

Autoeficácia parental sobre o tipo de alimentos que os filhos comem (N=80)

Variável		Frequência Absoluta (Fi)	Percentagem (%)
Até que ponto tenho a certeza de que sou capaz de evitar que o meu filho coma alimentos pouco saudáveis	Certeza absoluta	4	5
	Bastante certeza	30	37.5
	Mais ou menos	43	53.8
	Pouca certeza	2	2.5
	Nenhuma certeza	1	1.3
Até que ponto tenho a certeza de que sou capaz de conseguir que o meu filho coma alimentos saudáveis e variados	Certeza absoluta	11	13.8
	Bastante certeza	39	48.8
	Mais ou menos	28	35
	Pouca certeza	1	1.3
	Nenhuma certeza	1	1.3

Examinando a Tabela 9 que se refere ao controlo que os pais consideram ter sobre o comportamento do seu filho durante as refeições, 10% da amostra refere ter a certeza absoluta de conseguir controlar o comportamento do seu filho, a grande maioria (60%) diz ter bastante certeza, 25% mais ou menos, 5.1% pouca certeza ou nenhuma certeza. Numa segunda pergunta acerca do controlo sobre o comportamento do filho, para ele não comer guloseimas em excesso ou fora das horas de refeições, 11.3% da amostra referiu ter certeza absoluta de conseguir controlar o comportamento do seu filho, a maioria (53.8%) menciona ter bastante certeza, 30% mais ou menos, e 5% pouca certeza.

Tabela 9

Controlo que os pais consideram ter sobre o comportamento do filho (N=80)

Variável		Frequência Absoluta (Fi)	Percentagem (%)
Controlo sobre o comportamento do filho durante as refeições	Certeza absoluta	8	10
	Bastante certeza	48	60
	Mais ou menos	20	25
	Pouca certeza	3	3.8
	Nenhuma certeza	1	1.3
Controlo sobre o comportamento do filho, para ele não comer guloseimas em	Certeza absoluta	9	11.3
	Bastante certeza	43	53.8

excesso ou fora das horas de refeições	Mais ou menos	24	30
	Pouca certeza	4	5

De modo a avaliar as preferências alimentares das crianças, de acordo com a opinião dos pais, como já referido, utilizou-se o *Questionário de preferências alimentares*. Analisando a Tabela 10 apresentada de seguida, pode notar-se que, na ótica dos pais, os seus filhos gostam muito da maior parte dos alimentos apresentados, destacando-se a água, a pizza, os iogurtes sólidos ou líquidos, o chocolate ou bombons, o gelado, o sumo de laranja, o frango ou peru cozinhado, a fruta variada, as massas cozidas e o arroz cozido, todos estes alimentos com percentagens acima de 70%. Ainda entre os alimentos que as crianças gostam muito, com percentagens acima de 60%, aparecem o pão, as batatas fritas, as gomas, o peixe cozido ou grelhado, as frutas muito doces e a batata cozida ou puré de batata.

Na lista dos alimentos que maioritariamente foram apontados como os que as crianças gostam “assim-assim”, aparecem os cereais sem sabor doce (52.5%) e os vegetais cozinhados (47.5%). No que concerne aos alimentos que as crianças não gostam, os resultados apontam na sua maioria para o queijo fresco (55%) e fruta em calda (40%), ainda com uma percentagem acima de 20% de rejeições aparecem os cereais sem sabor doce (26,3%) e outros queijos (22,5%). Também podemos observar que, na perspetiva dos pais, todas as crianças gostam muito ou “assim-assim” de pão e de água, não existindo nenhuma que não goste.

Tabela 10
Resultados descritivos das preferências alimentares (N=80)

Alimentos		N	(%)
Queijo fresco	Não Gosta	44	55
	Gosta “Assim-Assim”	11	13.8
	Gosta Muito	25	31.2
Cereais sem sabor doce	Não Gosta	21	26.3
	Gosta “Assim-Assim”	42	52.5
	Gosta Muito	17	21.3
Outros queijos (ex: flamengo)	Não Gosta	18	22.5
	Gosta “Assim-Assim”	24	30
	Gosta Muito	38	47
Cereais doces e com sabor a chocolate	Não Gosta	15	18.8
	Gosta “Assim-Assim”	23	28.7
	Gosta Muito	42	52.5
Arroz cozido	Não Gosta	4	5
	Gosta “Assim-Assim”	18	22.5
	Gosta Muito	58	72.5
Massas cozidas	Não Gosta	2	2.5
	Gosta “Assim-Assim”	9	11.3

	Gosta Muito	69	86.3
Pão	Gosta “Assim-Assim”	25	31.3
	Gosta Muito	55	68.8
	Não Gosta	11	13.8
Leite Branco	Gosta “Assim-Assim”	23	28.7
	Gosta Muito	46	57.5
	Não Gosta	16	20
Croquetes, rissóis	Gosta “Assim-Assim”	32	40
	Gosta Muito	32	40
	Não Gosta	2	2.5
Fruta variada	Gosta “Assim-Assim”	21	26.3
	Gosta Muito	57	71.3
	Não Gosta	2	2.5
Peixe cozido ou grelhado	Gosta “Assim-Assim”	25	31.3
	Gosta Muito	53	66.3
	Não Gosta	1	1.3
Frango ou peru cozinhado	Gosta “Assim-Assim”	9	11.3
	Gosta Muito	70	87.5
	Não Gosta	1	1.3
Batatas fritas	Gosta “Assim-Assim”	24	30
	Gosta Muito	55	68.8
	Não Gosta	5	6.3
Batata cozida ou puré de batata	Gosta “Assim-Assim”	26	32.5
	Gosta Muito	49	61.3
	Não Gosta	1	1.3
Sopa	Gosta “Assim-Assim”	33	41.3
	Gosta Muito	46	57.5
	Não Gosta	7	8.8
Sumo de laranja	Gosta “Assim-Assim”	14	17.5
	Gosta Muito	59	73.8
	Não Gosta	14	17.5
Leite com chocolate	Gosta “Assim-Assim”	25	31.3
	Gosta Muito	41	51.2
	Não Gosta	13	16.3
Atum em lata	Gosta “Assim-Assim”	31	38.8
	Gosta Muito	36	45
	Não Gosta	3	3.8
Gelado	Gosta “Assim-Assim”	16	20
	Gosta Muito	61	76.3
	Não Gosta	9	11.3
Grão ou feijões	Gosta “Assim-Assim”	23	28.7
	Gosta Muito	48	60
	Não Gosta	3	3.8
Chocolate ou bombons	Gosta “Assim-Assim”	18	22.5

	Gosta Muito	59	73.8
	Não Gosta	11	13.8
Sumos de garrafa, lata ou pacote	Gosta “Assim-Assim”	28	35
	Gosta Muito	41	51.2
	Não Gosta	2	2.5
Iogurtes sólidos ou líquidos	Gosta “Assim-Assim”	19	23.7
	Gosta Muito	59	73.8
	Não Gosta	15	18.8
Vegetais que se comem crus: alface, tomate	Gosta “Assim-Assim”	29	36.3
	Gosta Muito	36	45
	Não Gosta	5	6.3
Frutas muito doces	Gosta “Assim-Assim”	24	30
	Gosta Muito	51	63.7
	Não Gosta	32	40
Fruta em calda (lata)	Gosta “Assim-Assim”	23	28.7
	Gosta Muito	25	31.3
	Não Gosta	2	2.5
Carne de vaca, porco ou outro animal	Gosta “Assim-Assim”	36	45
	Gosta Muito	42	52.5
	Não Gosta	10	12.5
Ovos cozidos, estrelados ou mexidos	Gosta “Assim-Assim”	22	27.5
	Gosta Muito	48	60
	Não Gosta	7	8.8
Bolachas, donuts e bolicão	Gosta “Assim-Assim”	30	37.5
	Gosta Muito	43	53.8
	Não Gosta	8	10
Gomas	Gosta “Assim-Assim”	18	22.5
	Gosta Muito	54	67.5
	Não Gosta	9	11.3
Pizza	Gosta “Assim-Assim”	11	13.8
	Gosta Muito	60	75
	Não Gosta	14	17.5
Vegetais cozinhados	Gosta “Assim-Assim”	38	47.5
	Gosta Muito	28	35
	Gosta “Assim-Assim”	9	11.3
Água	Gosta Muito	71	88.8

Embora o estudo de validação deste instrumento para Portugal tenha sido apenas realizado para crianças de 4 anos (Real et al., 2014), pareceu-nos pertinente comparar os resultados que obtivemos em cada sub-escala com os resultados desse estudo. As médias em cada sub-escala foram divididas pelo número de itens para se proceder à comparação com os resultados obtidos no estudo de validação do questionário para Portugal. Assim, observando a Tabela 11, é possível concluir que os resultados das médias obtidas na nossa amostra se

encontram bastante semelhantes aos resultados obtidos pelos autores no estudo de validação da escala para a população Portuguesa. As subescalas “Responsabilidade percebida”, “Restrição” e “Monitorização” são as que apresentam médias mais altas, contrariamente às subescalas “Peso da criança percebido” e “Preocupação com o peso da criança” que apresentam as respostas situadas em níveis mais baixos.

Tabela 11
Resultados nas subescalas do CFQ (N=80)

	Resultados da nossa amostra		Resultados da amostra de validação	
	M	DP	M	DP
1. Responsabilidade percebida	4.16	0.54	4.38	0.61
2. Peso da criança percebido	2.9	0.36	2.96	0.35
3. Preocupação com o peso da criança	2.25	0.97	2.37	1.06
4. Restrição	4.15	0.79	4.36	0.70
5. Pressão para comer	3.15	0.79	3.69	0.96
6. Monitorização	4.04	0.68	4.25	0.77
7. Controlo aberto	3.92	0.59	4.17	0.54
8. Controlo coberto	3.08	0.77	3.18	0.88

3.2. Análise inferencial

Após inseridos todos os dados no SPSS, para cada instrumento utilizado, criaram-se várias novas variáveis relativas ao *Child Feeding questionnaire*, como resultado das 9 subescalas que constituem este questionário.

Objetivo específico 1: Verificar se existem diferenças entre os pais com idade mais avançada e os pais mais novos, relativamente à responsabilidade percebida, ao peso da criança percebido, à preocupação com o peso da criança, à restrição, à pressão para comer, à monitorização, ao controlo aberto e ao controlo coberto da criança.

Perante a observação da tabela 12 conclui-se que não são apresentadas diferenças significativas entre os participantes mais novos e os participantes mais velhos quanto à pressão para comer ($t(78) = -.019, p = .985$), à responsabilidade percebida ($U = 755.00, p = .670$), ao peso da criança percebido ($U = 767.00, p = .704$), à preocupação com o peso da criança ($U = 726.00, p = .485$), à restrição ($U = 750.00, p = .642$), à monitorização ($U =$

661.50, $p = .175$), ao controlo aberto ($U = 778.50$, $p = .849$) e ao controlo coberto sobre a alimentação ($U = 702.50$, $p = .356$).

Verificando a análise estatística apresentada também na Tabela 12, importa referir que tanto os pais com idades mais baixas como os pais mais velhos, na sua grande maioria não concordam nem discordam com as afirmações colocadas quanto à pressão que exercem para que o seu filho coma; os dois grupos de pais afirmam ter uma grande responsabilidade sobre a alimentação da criança; ambos os grupos apontam que os seus filhos, de forma geral, desde que nasceram se situam no patamar do peso normal; igualmente os dois grupos mostram-se um pouco preocupados com o peso do seu filho; também os dois grupos de pais relataram que não concordam nem discordam que o seu filho come demasiadas guloseimas; no mesmo seguimento, ambos os grupos afirmam que monitorizam a alimentação do filho, assim quase sempre têm a noção da quantidade de bolos e snacks que a criança come; tanto os pais com idades mais baixas, como os de idades mais elevadas, quase sempre são firmes sobre o local onde a criança come, o que come, quando e a quantidade; por último, os dois grupos referem a utilização de estratégias de controlo coberto algumas vezes, por exemplo evitam comprar guloseimas ou comer alimentos não saudáveis para que a criança também não os coma.

Tabela 12

Diferenças nas 9 subescalas do CFQ em função da idade dos pais (N=80)

	Idade dos pais	Média (desvio-padrão)	Estatística do teste	<i>P</i>
Pressão para comer	Mais novos (n=42)	12.62 (2.85)	$t = .019$ (gl 78)	.985
	Mais velhos (n=38)	12.61 (3.55)		
Responsabilidade Percebida	Mais novos (n=42)	12.33 (1.80)	$U = 755.000$	.670
	Mais velhos (n=38)	12.63 (1.36)		
Peso da Criança Percebido	Mais novos (n=42)	8.69 (1.20)	$U = 767.000$	.704
	Mais velhos (n=38)	8.71 (.93)		
Preocupação com o peso da Criança	Mais novos (n=42)	7.00 (3.04)	$U = 726.000$	.485
	Mais velhos (n=38)	6.50 (2.78)		
Restrição	Mais novos (n=42)	12.52 (2.05)	$U = 750.500$	.642
	Mais velhos (n=38)	12.39 (2.70)		
Monitorização	Mais novos (n=42)	11.90 (1.85)	$U = 661.500$	.175
	Mais velhos (n=38)	12.37 (2.22)		
Controlo Aberto	Mais novos (n=42)	15.64 (2.63)	$U = 778.500$	.849
	Mais velhos (n=38)	15.74 (2.02)		
Controlo Coberto	Mais novos (n=42)	15.05 (3.89)	$U = 702.500$	.356
	Mais velhos (n=38)	15.82 (3.82)		

Objetivo específico 2: Apurar se são demonstradas discrepâncias entre os pais que só têm um filho e os pais que têm mais do que um filho, quanto à responsabilidade percebida, ao peso da criança percebido, à preocupação com o peso da criança, à restrição, à pressão para comer, à monitorização, ao controlo aberto e ao controlo coberto da criança.

Através da análise estatística apresentada na tabela 13 conclui-se que não são apresentadas diferenças significativas entre os participantes que têm só um filho e os que têm mais do que um quanto à pressão para comer ($t(78) = -.358, p = .721$), à responsabilidade percebida ($U = 726.00, p = .734$), ao peso da criança percebido ($U = 638.00, p = .127$), à restrição ($U = 594.00, p = .097$), à monitorização ($U = 73.50, p = .784$), ao controlo aberto ($U = 740.00, p = .845$) e ao controlo coberto ($U = 667.50, p = .362$). Todavia, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em comparação ao nível da preocupação com o peso da criança ($U = 537.50, p = .027$).

Fazendo referência também às diferenças entre pais com um ou com mais do que um filho, apresentadas na Tabela 13, é pertinente referir que, tanto os pais com um filho, como os pais com mais do que um filho, não concordam nem discordam com as afirmações colocadas quanto à pressão que exercem para que o seu filho coma; os dois grupos referem uma grande responsabilidade sobre a alimentação da criança; ambos apontam que os seus filhos, de forma geral, desde que nasceram se situam no patamar do peso normal; os pais que têm mais do que um filho mostram-se mais preocupados com o peso do seu filho do que os que só têm um filho; ainda os dois grupos de pais não concordam nem discordam sobre se o seu filho não come demasiadas guloseimas; em continuação ambos os grupos quase sempre têm a noção da quantidade de bolos e snacks que a criança come; tanto os pais com um filho como os que têm mais do que um afirmam ser quase sempre firmes sobre o local onde a criança come, o que come, quando e a quantidade; por fim, os dois grupos às vezes adoptam estratégias de controlo coberto, evitam por exemplo comprar guloseimas ou comer alimentos não saudáveis para que a criança também não os coma.

Tabela 13

Diferenças nas 9 subescalas do CFQ de acordo com a variável número de filhos (N=80)

	Número de filhos	Média (desvio-padrão)	Estatística do teste	P
Pressão para comer	Um filho (n=49)	12.71 (3.23)	$t = .358$ (gl 78)	.721
	Mais do que um (n=31)	12.45 (3.14)		
Responsabilidade Percebida	Um filho (n=49)	12.43 (1.84)	$U = 726.000$	.734
	Mais do que um (n=31)	12.55 (1.18)		
Peso da Criança Percebido	Um filho (n=49)	8.88 (.95)	$U = 638.000$	.127
	Mais do que um (n=31)	8.42 (1.20)		

Preocupação com o peso da Criança	Um filho (n=49)	6.20 (2.72)	$U = 537.500$	.027
	Mais do que um (n=31)	7.65 (3.03)		
Restrição	Um filho (n=49)	12.24 (2.28)	$U = 594.000$	.097
	Mais do que um (n=31)	12.81 (2.50)		
Monitorização	Um filho (n=49)	12.10 (2.09)	$U = 73.500$	.784
	Mais do que um (n=31)	12.16 (1.97)		
Controlo Aberto	Um filho (n=49)	15.82 (2.01)	$U = 740.000$	.845
	Mais do que um (n=31)	15.48 (2.83)		
Controlo Coberto	Um filho (n=49)	15.71(3.88)	$U = 667.500$	.362
	Mais do que um (n=31)	14.94 (3.82)		

Nota probabilística: * $p < .05$; ** $p < .01$

Objetivo específico 3: Perceber se existem desigualdades entre os pais que têm filhos com idades mais baixas e os pais que têm filhos com idades mais altas quanto à responsabilidade percebida, ao peso da criança percebido, à preocupação com o peso da criança, à restrição, à pressão para comer, à monitorização, ao controlo aberto e ao controlo coberto da criança.

Tal como é possível observar na Tabela 14 não existem diferenças estatisticamente significativas entre os pais que têm filhos mais novos e os que têm filhos mais velhos quanto à pressão para comer ($t(78) = -.099, p = .921$), ao peso da criança percebido ($U = 612.50, p = .322$), à preocupação com o peso da criança ($U = 674.00, p = .888$), à utilização de estratégias de restrição ($U = 670.00, p = .854$), à monitorização ($U = 596.00, p = .330$), e ao controlo coberto ($U = 557.00, p = .174$). Porém, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em comparação em duas subescalas, nomeadamente ao nível da responsabilidade percebida ($U = 431.50, p = .006$), e do controlo aberto ($U = 423.00, p = .005$).

Passando para a análise estatística apresentada igualmente na Tabela 14 importa salientar que, em média, tanto os pais com filhos mais novos, como os pais com filhos mais velhos, não concordam nem discordam com as afirmações colocadas quanto à pressão que exercem para que o seu filho coma; os pais apresentam mais responsabilidade sobre a alimentação das crianças mais novas do que sobre as mais velhas; ambos apontam que os seus filhos de forma geral, desde que nasceram se situam no patamar do peso normal; também mostram-se um pouco preocupados com o peso do seu filho; não concordam nem discordam sobre a certeza que o seu filho não come demasiadas guloseimas; ambos os grupos referem que quase sempre têm a noção da quantidade de bolos e snacks que a criança come; os pais são mais firmes sobre o local onde a criança come, o que come, quando e a quantidade, com as crianças mais novas, comparativamente com os filhos mais velhos; ainda, os dois grupos referiram que às vezes evitam, por exemplo, comprar guloseimas ou comer alimentos não saudáveis para que a criança também não os coma.

Tabela 14

Diferenças nas subescalas do CFQ em função da idade das crianças (N=80)

	Idade de filhos	Média (desvio-padrão)	Estatística do teste	<i>p</i>
Pressão para comer	Mais novos (n=55)	12.64 (3.22)	<i>t</i> = .099 (gl 78)	.921
	Mais velhos (n=25)	12.56 (3.16)		
Responsabilidade Percebida	Mais novos (n=55)	12.84 (1.33)	<i>U</i> = 431.500	.006
	Mais velhos (n=25)	11.68 (1.89)		
Peso da Criança Percebido	Mais novos (n=55)	8.62 (1.08)	<i>U</i> = 612.500	.322
	Mais velhos (n=25)	8.88 (1.05)		
Preocupação com o peso da Criança	Mais novos (n=55)	6.69 (2.81)	<i>U</i> = 674.000	.888
	Mais velhos (n=25)	6.92 (3.16)		
Restrição	Mais novos (n=55)	12.49 (2.23)	<i>U</i> = 670.000	.854
	Mais velhos (n=25)	12.40 (2.69)		
Monitorização	Mais novos (n=55)	12.35 (1.76)	<i>U</i> = 596.000	.330
	Mais velhos (n=25)	11.64 (2.51)		
Controlo Aberto	Mais novos (n=55)	16.18 (2.10)	<i>U</i> = 423.000	.005
	Mais velhos (n=25)	14.60 (2.53)		
Controlo Coberto	Mais novos (n=55)	15.73 (4.09)	<i>U</i> = 557.000	.174
	Mais velhos (n=25)	14.72 (3.22)		

Nota probabilística: **p*<.05; ***p*<.01

Objetivo específico 4: Aprender se existem diferenças entre os pais que têm filhos do sexo masculino, comparativamente com os que têm do sexo feminino, em relação ao peso da criança percebido, à preocupação com o peso da criança, à restrição, à pressão para comer, à monitorização, ao controlo aberto e ao controlo coberto da criança.

Não são apresentadas nenhuma diferença significativa entre os participantes que têm filhos do sexo masculino e os participantes que têm filhas do sexo feminino, como se pode verificar na Tabela 15, quanto à pressão para comer (*t* (78) = -.360, *p* = .720), à responsabilidade percebida (*U* = 749.00, *p* = .6915), ao peso da criança percebido (*U* = 732.50, *p* = .734), à preocupação com o peso da criança (*U* = 7695.50, *p* = .525), à restrição (*U* = 689.00, *p* = .480), à monitorização (*U* = 651.00, *p* = .271), ao controlo aberto (*U* = 639.50, *p* = .229) e ao controlo coberto (*U* = 758.00, *p* = .998).

Averiguando os resultados médios, podemos verificar que, tanto os pais que têm filhos do sexo masculino como os que têm filhas do sexo feminino, não concordam nem discordam com as afirmações colocadas quanto à pressão que exercem para que o seu filho coma; os dois grupos revelam grande responsabilidade sobre a alimentação da criança; ambos apontam que os seus filhos de forma geral, desde que nasceram, se situam no patamar do peso normal,

mas revelam-se um pouco preocupados com o peso do seu filho; acabam por não concordar nem discordar sobre a certeza de que o seu filho não come demasiadas guloseimas; ambos os grupos afirmaram que quase sempre têm a consciência da quantidade de bolos e snacks que a criança come; bem como se mostram firmes sobre o local onde a criança come, o que come, quando e a quantidade, quase sempre; para concluir, os dois grupos às vezes evitam por exemplo comprar guloseimas ou comer alimentos não saudáveis para que a criança também não os coma.

Tabela 15

Diferenças nos resultados das 9 sub-escalas do CFQ em função da variável sexo da criança (N=80)

	Sexo da criança	Média (desvio-padrão)	Estatística do teste	P
Pressão para comer	Masculino (n=49)	12.51 (3.18)	$t = -.360$ (gl 78)	.720
	Feminino (n=31)	12.77 (3.23)		
Responsabilidade Percebida	Masculino (n=49)	12.53 (1.52)	$U = 749.000$	.915
	Feminino (n=31)	12.39 (1.76)		
Peso da Criança Percebido	Masculino (n=49)	8.69 (1.06)	$U = 732.500$	.734
	Feminino (n=31)	8.71 (1.10)		
Preocupação com o peso da Criança	Masculino (n=49)	6.59 (2.84)	$U = 695.500$	.525
	Feminino (n=31)	7.03 (3.04)		
Restrição	Masculino (n=49)	12.53 (2.44)	$U = 689.000$	.480
	Feminino (n=31)	12.35 (2.27)		
Monitorização	Masculino (n=49)	12.29 (2.11)	$U = 651.000$	.271
	Feminino (n=31)	11.87 (1.91)		
Controlo Aberto	Masculino (n=49)	15.90 (2.49)	$U = 639.500$	.229
	Feminino (n=31)	15.35 (2.11)		
Controlo Coberto	Masculino (n=49)	15.45 (3.93)	$U = 758.000$	.998
	Feminino (n=31)	15.35 (3.78)		

Objetivo específico 5: Compreender se a responsabilidade percebida, o peso da criança percebido, a preocupação com o peso da criança, a restrição, a pressão para comer, a monitorização, o controlo aberto e o controlo coberto da criança são influenciados pelas habilitações literárias.

Ao debruçarmo-nos na análise das correlações obtidas, apresentadas na Tabela 16, pode-se constatar que não foram encontradas nenhuma correlações estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e as sub-escalas responsabilidade percebida ($r_s = .093$, $p = .414$), o peso da criança percebido ($r_s = 131$, $p = .248$), a preocupação com o peso da

criança ($r_s = -.087$, $p = .444$), a restrição ($r_s = -.056$, $p = .620$), a pressão para comer ($r_s = -.008$, $p = .941$), a monitorização ($r_s = .089$, $p = .434$), o controlo aberto ($r_s = .154$, $p = .171$), e o controlo coberto ($r_s = .076$, $p = .503$).

Tabela 16

Correlações entre as Habilitações literárias dos pais e as subescalas do CFQ (através do Coeficiente de correlação de Spearman) (N=80)

	r_s	P
Habilitações literárias e Responsabilidade percebida	.093	.414
Habilitações literárias e Peso da criança percebido	.131	.248
Habilitações literárias e Preocupação com o peso da criança	-.087	.444
Habilitações literárias e Restrição	-.056	.620
Habilitações literárias e Pressão para comer	-.008	.941
Habilitações literárias e Monitorização	.089	.434
Habilitações literárias e Controlo aberto	.154	.171
Habilitações literárias e Controlo coberto	.076	.503

Objetivo específico 6: Verificar se existem correlações entre as diversas dimensões que abrangem o *Child Feeding questionnaire*.

Relativamente à análise da associação entre as dimensões do CFQ, apresentada na Tabela 17, pode-se constatar que foram encontradas algumas correlações estatisticamente significativas entre as sub-escalas que constituem o *Child Feeding questionnaire*. Desta forma, destaca-se uma correlação moderada entre a responsabilidade percebida com o controlo aberto ($r_s = .476$, $p = .001$). Foram também encontradas correlações positivas, consideradas fracas, entre a restrição e o controlo aberto ($r_s = .365$, $p = .001$), a monitorização e o controlo aberto ($r_s = .353$, $p = .001$), a responsabilidade percebida e a restrição ($r_s = .314$, $p = .005$), entre o controlo aberto e o controlo coberto ($r_s = .280$, $p = .012$), a preocupação com o peso da criança e o controlo aberto ($r_s = .232$, $p = .039$), a responsabilidade percebida e a monitorização ($r_s = .223$, $p = .046$), . Por sua vez, evidenciou-se também uma correlação negativa fraca entre o peso da criança percebido e a pressão para comer ($r_s = -.238$, $p = .033$).

Assim, pode-se concluir que quanto maior é a responsabilidade percebida pelos pais, maior é a sua firmeza em relação ao que a criança deve comer, quando deve comer e o local, quanto maior é a responsabilidade percebida dos pais em relação à alimentação do seu filho, maior é a restrição destes em relação a alimentos pouco saudáveis; quanto maior é a responsabilidade percebida dos pais, maior é a monitorização, ou seja, a noção que têm da quantidade de doces e snacks que os seus filhos comem; quanto maior é a preocupação dos pais com o peso da criança, maior é a sua firmeza em relação ao que a criança deve comer, quando deve comer e o local; quanto maior é a restrição por parte dos pais, em relação a

alimentos pouco saudáveis, maior é o controlo aberto, isto é, maior é a sua firmeza em relação ao que a criança deve comer, quando deve comer e o local; quanto maior é noção que os pais têm da quantidade de doces e snacks que os seus filhos comem, maior é o controlo aberto; por último, quanto maior é o controlo aberto dos pais, maior é o controlo coberto, ou seja, mais os pais evitam comprar doces para casa, comer alimentos não saudáveis ou ir a locais com comida não saudável. Por fim, também se pode aferir que quanto maior é o peso da criança percebido, menor é a pressão para comer.

Não foram encontradas outras correlações significativas entre as restantes sub-escalas.

Tabela 17

Correlações entre as subescalas do CFQ (Coeficiente de correlação de Spearman) (N=80)

	1	2	3	4	5	6	7
1. Responsabilidade Percebida	--						
2. Peso da criança percebido	-.161	--					
3. Preocupação com o peso da criança	-.046	.168	--				
4. Restrição	.314**	-.053	.207	--			
5. Pressão para comer	.015	-.238*	.024	.060	--		
6. Monitorização	.223*	.034	-.144	.204	-.132	--	
7. Controlo aberto	.476**	-.112	.232*	.365**	-.011	.353**	--
8. Controlo coberto	.024	.062	.110	.088	.219	.077	.280*

Nota probabilística: * $p < .05$; ** $p < .01$

Capítulo 4 - Discussão

Apresentamos agora a discussão dos resultados, onde os objetivos antecipadamente desenvolvidos serão alvo de confrontação e comparação com estudos empíricos anteriores. Por último, serão apresentadas as principais conclusões e sugestões para trabalhos futuros.

O presente estudo teve como principal objetivo perceber o que pensam os pais sobre o peso e a alimentação do seu filho, e ainda sobre a capacidade de controlar o que os seus filhos comem e de promover uma alimentação saudável. Pretende também, mediante os dados obtidos, retirar implicações que possam ajudar futuramente a melhor desenhar projetos de intervenções direcionadas a populações semelhantes de forma a promover uma alimentação saudável. Como foi referido, perceber o comportamento alimentar afigura-se-nos como elementar na educação e na prevenção ao âmbito da saúde (Viana et al., 2003). Para tal, após uma revisão da literatura, formularam-se 4 objetivos gerais e 6 específicos mais relacionados com as subescalas que constituem o questionário *Child Feeding questionnaire*. Assim, pretende-se, neste capítulo, fundamentar com a literatura os dados recolhidos, sendo também completados pela informação qualitativa adicional que foi possível obter ao longo do processo de recolha.

Primeiramente denota-se que a maioria dos participantes no estudo foi a mãe da criança (n=62) contra apenas 18 pais, o que traduz a desigualdade de papéis entre géneros nos cuidados à criança. Relativamente à preocupação com a alimentação, destaca-se que cerca de dois terços dos pais revelaram bastante preocupação quanto à alimentação da criança, enquanto relativamente ao peso da criança 44% dos pais referiram bastante preocupação. Esta informação seria de esperar uma vez que tendencialmente o comportamento alimentar da criança tende a desenvolver-se na infância e a perdurar ao longo da vida (Patrick & Nicklas, 2005), e dado que na infância este, em grande medida, depende dos pais, a preocupação por parte destes faz todo o sentido, uma vez que a alimentação é um aspecto fundamental para a promoção da saúde da criança (Rotenberg & Vargas, 2004). Porém a preocupação com o excesso de peso é menor, apesar de cada vez mais se ouvir falar em excesso de peso e em obesidade.

Os pais começam a ficar mais sensíveis para este problema que se mostra tão fulcral nos dias de correm, dado que, como foi referido no longo do enquadramento teórico, Portugal encontra-se entre os países com uma taxa mais elevada de obesidade infantil (Aparício, Cunha, Duarte & Pereira, 2011). No entanto, contrariamente à preocupação encontrada no nosso estudo, Aparício, Cunha, Duarte e Pereira (2011), referem existir estudos em vários países que têm revelado que os pais se mostram pouco preocupados e conscientes do estado nutricional das crianças.

Poucos foram os pais que referiram nunca ou poucas vezes se importarem com o peso e alimentação do seu filho. Existem vários estudos que tentam estudar a preocupação dos pais face ao peso do seu filho e à sua alimentação (Campbell, Williams, Hampton & Wake, 2006; Gray, Janicke, Wistedt & Dumont-Driscoll, 2010; Webber, Hill, Cooke, Carnell & Wardle, 2010), no entanto, também se denotou que apesar da existência de diversas investigações sobre a preocupação parental, relativamente aos dois pontos específicos estudados aqui, ainda existe pouco conhecimento sobre a forma como os pais atribuem significado e se preocupam com o peso e alimentação dos filhos (Morais, 2013).

4.1. Alimentação da criança

No que concerne à alimentação da criança, pode-se referir que esta é determinada em grande parte pelas suas preferências alimentares (Viana et al., 2008). Especificamente no nosso estudo, a maioria dos pais referiram que os seus filhos têm uma alimentação saudável, apenas 21% consideraram que a alimentação da criança não é tão saudável como gostariam.

Estes resultados não se encontram totalmente de acordo com os resultados de outras investigações. Por exemplo, no estudo realizado por Fernandes e Moreira (2007), em relação à categoria “comportamento alimentar”, foi possível assinalar um elevado número de práticas incorretas, nomeadamente o consumo de alguns alimentos considerados pouco saudáveis, como é o caso dos produtos *fast-food*. Nesse estudo, a maioria dos entrevistados referiram que apesar de terem noção de que a alimentação que fazem não é a mais saudável, consideraram também que os outros também fazem um tipo de alimentação semelhante. Apesar desse estudo se referir à perceção da própria criança, e a nossa investigação se referir à perceção dos pais, é pertinente estabelecer uma ponte com o presente estudo dado que nos permite colocar a questão se efetivamente os pais terão uma perceção coerente com a realidade, uma vez que, como já referimos, a maior parte apontou como saudável o comportamento alimentar do seu filho, mas, no geral não se encontra em coerência com estudos que avaliam a perceção pelo próprio.

No nosso estudo 21% dos pais referiram que a alimentação do seu filho não é tão saudável como gostaria, esta percentagem encontra-se um pouco mais elevada comparativamente com outro estudo realizado. Costa e Silva (2009) referiram no seu estudo que 10% dos participantes consideraram que o seu filho não realizava uma alimentação saudável, apesar de terem considerado a importância de uma alimentação saudável para a prevenção da obesidade infantil. Esta maior percentagem de pais preocupados com a alimentação do filho poderá traduzir um maior conhecimento sobre alimentação saudável, uma vez que os participantes no nosso estudo tinham um nível de escolaridade elevado.

4.2. Controlo dos pais sobre a alimentação dos filhos

Tendo em conta os resultados obtidos, no que respeita ao controlo que os pais consideram ter sobre o que os seus filhos comem em casa, cerca de metade (49%) referiu que quase sempre consegue controlar. Este resultado seria o esperado, uma vez que, de acordo com a informação qualitativa, obtida aquando da passagem de alguns questionários de forma pessoal, foi possível constatar que são os pais os cuidadores principais responsáveis pela alimentação da criança, sendo estes que a confeccionam e compram os alimentos para casa, sabendo o que o filho come ou não. Já quanto ao controlo relativo ao que os seus filhos comem fora de casa, 17.5% considerou que quase sempre tem controlo e 21.3% bastantes vezes, o que se torna questionável dado que alguns pais referiram que, por exemplo, na escola existem as máquinas com doces e guloseimas e muitas vezes as crianças acabam por gastar lá dinheiro sem que o contem aos seus pais, ou até mesmo no bar da escola ou nos cafés que se encontram ao redor da escola, por exemplo. Falamos da escola porque foi o ambiente mais referido pelos pais como sendo aquele em que as crianças passam a maior parte do tempo. No entanto, a maioria dos pais (44%) respondeu que apenas às vezes sente controlo sobre o que o filho come fora de casa, e 17.5% dos participantes poucas vezes, o que mostra uma perceção da dificuldade em controlar a alimentação da criança fora do ambiente familiar.

Analisando até que ponto os pais têm a certeza de que são capazes de evitar que o seu filho coma alimentos pouco saudáveis, mais de metade dos participantes (54%) referiu que apenas mais ou menos, tal como nas questões anteriores, esta resposta estaria entre as esperadas, dado que se por um lado os pais conseguem evitar que os filhos comam alimentos pouco saudáveis no ambiente familiar, esse controlo por vezes é escasso quando as crianças se encontram fora de casa, informação esta fornecida pelos pais aquando da passagem dos questionários. Contrariamente, em relação à certeza de que são capazes de conseguir que o seu filho coma alimentos saudáveis e variados, a maioria (49%) referiu bastantes vezes, o que revela uma perceção de controlo muito grande, provavelmente pouco de acordo com a realidade.

Ainda no âmbito deste objetivo, relativamente ao controlo que os pais consideram ter sobre o comportamento do seu filho durante as refeições, a grande maioria (60%) diz ter bastante certeza, este dado torna-se coerente quando os pais referem que as refeições que os filhos fazem são realizadas em casa ou na escola, onde existe uma ementa à qual estes podem ter acesso. Analisando-se também o controlo sobre o comer guloseimas em excesso ou fora das horas de refeições, a maioria menciona ter bastante certeza. No entanto, os pais afirmaram ter mais controlo em contexto familiar quando comparados com outros ambientes, como seria espetável.

Sabendo-se que os hábitos alimentares saudáveis se desenvolvem e incentivam de forma mais eficaz nos primeiros anos de vida (Peters et al., 2015), e tendo em conta que de forma geral os nossos dados obtidos se mostram positivos, revelando um controlo tendencialmente eficaz por parte dos pais, é possível inferir que estes pais tendem a inculcar hábitos alimentares saudáveis nos seus filhos.

4.3. Preferências alimentares das crianças

É através das preferências da criança que a sua alimentação é estabelecida, uma vez que existe uma tendência para as crianças comerem somente aquilo que gostam, deixando o que não gostam (Viana et al., 2008). No nosso estudo as preferências alimentares foram medidas pelo questionário de preferências alimentares e descreve-se pela perceção dos pais.

Tendo como referência as preferências apontadas pelos pais da nossa amostra, esta informação torna-se relevante dado que foram apontados bastantes alimentos saudáveis nas preferências das crianças (iogurte, sumo de laranja, frango ou peru, fruta, peixe), apesar de também terem sido apontados muitos não tão saudáveis (pizza, chocolate ou bombons, gelado, batatas fritas, gomas). Assim, embora se saiba que existe uma predisposição inata por parte da criança para gostar mais de alguns sabores como os doces, salgados e gorduras, em detrimento dos outros, a aprendizagem e a experiência repetida proporcionadas no seio da cultura apresentam-se como principais determinantes (Viana et al., 2008). Desta forma, a grande pontuação em alimentos saudáveis no que concerne aos gostos das crianças, embora a avaliação tenha sido feita apenas pelos pais, parece evidenciar a aprendizagem e a exposição prévia ao sabor proporcionada pelos pais. A oportunidade da criança se relacionar com os diversos alimentos irá influenciar a aprendizagem do estilo alimentar (Viana et al., 2009).

Reforça-se a ideia de que o contacto e a experiência com alimentos doces e salgados, será responsável por grande preferência e consumo nos anos seguintes, condicionando assim alguns aspectos da dieta (Viana, et al., 2008). Os mesmos autores referem, ainda, no seu estudo que as preferências alimentares das crianças se manifestam em geral em torno dos alimentos e dietas ricas em lípidos e doces. Esta informação não está totalmente de acordo com os resultados do nosso estudo, dado que embora alguns alimentos destas categorias tenham sido apontados nas preferências das crianças, de igual modo foram também referidos muitos alimentos saudáveis na lista de preferências.

Outro dado relevante tem a ver com as bebidas preferidas. Fernandes e Moreira (2007) no seu estudo concluíram a elevada preferência pelos sumos em detrimento de outras mais saudáveis. Esta informação não é confirmada pelo nosso inquérito, dado que a água e o sumo de laranja natural se encontram nas preferências das crianças com percentagens acima dos 70% na categoria “gosta muito”, comparativamente com os sumos de garrafa, lata ou

pacote que apresentam uma percentagem mais baixa com 51.2% das crianças a gostar muito, 35% a gostar “assim-assim” e 13.8% que não gosta.

Positivamente, no mesmo estudo de Fernandes e Moreira (2007) foi apontado o elevado consumo de produtos lácteos, de pão, cereais, salada e fruta. Também nesse estudo a sopa, os produtos hortícolas e as saladas foram referidas como estando entre as preferências alimentares de muitas crianças. Comparativamente com o nosso estudo, igualmente estes alimentos constituem a lista dos alimentos que as crianças gostam muito, nomeadamente, no que se refere ao pão, juntamente com a água, foram os dois alimentos que ninguém referiu que os filhos não gostam, destacando-se também a fruta (com 71% de crianças que gostam muito), o leite e a sopa (ambos com 58%).

No nosso estudo não é possível referir com toda a certeza que as preferências apontadas pelos pais sejam as correspondentes à realidade. No entanto, como é anunciado no estudo realizado por Mata, Scheibehenne e Tood (2007) os pais apresentam a capacidade de reconhecer os alimentos que os seus filhos gostam e os que não gostam e, como tal, este facto poderá contribuir para que os mesmos consigam ajudar os filhos no que concerne à manutenção e/ou aquisição de hábitos alimentares saudáveis.

4.4. Associação das subescalas do CFQ com as variáveis sociodemográficas

O conhecimento dos pais em relação à alimentação infantil é um assunto que apresenta uma relevância elevada no contexto da saúde infantil e por esse motivo deve ser alvo de análise, dado também o papel central da família no desenvolvimento do comportamento alimentar (Costa et al., 2012). Importa deste modo referir que através do nosso estudo foi possível apurar que os pais se sentem mais responsáveis pela alimentação das crianças mais novas, quando comparadas com as mais velhas. Este resultado seria esperado, quanto mais nova é a criança, menos autonomia tem sobre a sua alimentação, ficando esta principalmente ao encargo dos pais, que se apresentam como grandes influenciadores dos comportamentos alimentares da criança (Ramos & Stein, 2000).

Vários estudos referem que os pais tendem a subestimar o peso corporal dos seus filhos (Tenorio & Cobayashi, 2011). Quando a este dado, no nosso estudo a maior parte dos pais apontou para um peso normal do seu filho, no entanto, não é possível verificar se esta perceção se apresenta correta ou incorreta, dado que não foram efetuadas medidas de peso e altura em relação às crianças. Real et al. (2014) verificaram no seu estudo que consoante o peso da criança aumentava, aumentava também a perceção das mães acerca do peso da criança e a preocupação com o seu peso. Também as práticas de controlo alimentar na infância são influenciadas pela perceção materna do peso do seu filho (Arpini et al., 2014).

Ainda relativamente à preocupação com o peso da criança, verificámos no nosso estudo que os pais que tinham mais do que um filho que demonstraram maiores níveis de preocupação, comparativamente com os que só têm um. Esta subescala não apresentou, no entanto, correlação com outras variáveis sociodemográficas (idade dos pais, idade dos filhos e sexo da criança).

Num estudo onde se utilizou o mesmo questionário de práticas alimentares, os resultados em relação às atitudes maternas de controlo da alimentação dos seus filhos evidenciaram uma diferença entre géneros na subescala pressão para, sendo que o resultado mais elevado foi obtido no grupo feminino (Viana et al., 2011). Comparativamente, no nosso estudo, nenhuma das subescalas do CFQ apresentou correlação com o sexo da criança.

A conclusão apontada pelo estudo de Viana e colaboradores (2011), quanto às atitudes das mães face à alimentação dos filhos em comparação com as filhas, confere que as diferenças somente se apresentam significativas na sub-escala pressão para comer, sendo as raparigas as que sofrem maior pressão, o que poderá estar associado à diferente importância atribuída pelos pais ao peso das raparigas versus o dos rapazes. Tal como no referido estudo, também no nosso não foram encontradas diferenças significativas na sub-escala restrição tendo em conta o sexo das crianças, bem como a idade dos pais, o número de filhos e as suas idades. Igualmente também não foram apresentadas diferenças na preocupação com o peso da criança quanto ao seu sexo.

O controlo alimentar exercido pelos pais apresentou diferenças significativas relativamente aos pais com filhos mais novos, comparativamente com os filhos mais velhos, nomeadamente ao nível do controlo aberto. No que concerne às restantes variáveis sociodemográficas, nomeadamente em relação à idade dos pais, ao número de filhos e ao sexo do filho, não foram apresentadas diferenças estatisticamente significativas. Segundo vários estudos, muitas vezes as atitudes restritivas e a pressão para comer, por parte dos pais têm o efeito oposto ao esperado (Viana et al., 2009; Viana et al., 2011). Se os pais tivessem consciência desse facto, isso poderia influenciar os seus comportamentos para com a alimentação dos filhos, uma vez que foi apontado por muitos pais o facto de quase sempre evitarem comprar guloseimas, ou evitar comer alimentos não saudáveis, por exemplo.

De referir que apesar de às vezes ter o efeito contrário, o controlo alimentar por parte dos pais acontece com o objetivo de prevenir problemas no campo alimentar das crianças (Viana et al., 2009). Assim, torna-se importante desde cedo incutir um papel mais ativo às crianças quanto às suas preferências e escolhas alimentares, dado que, se essas noções não forem adquiridas, segundo Viana e colaboradores (2009), o desenvolvimento da capacidade das crianças em regular a própria ingestão energética acaba por deteriorar-se. É imprescindível saber gerir a autoridade parental dos pais, sendo que esta se pode caracterizar por uma elevada capacidade de resposta às crianças dentro de um conjunto de limites

claramente comunicados. Deste modo ao incentivar a autonomia, esta pode ser visível dando a possibilidade à criança, como já referido, de escolhas autónomas dentro de uma variedade de alimentos saudáveis, ao invés dos menos saudáveis, implementando-se assim práticas alimentares positivas (Peters et al., 2015).

Apesar da importância de dar alguma liberdade às crianças para elas decidirem sobre os seus gostos e preferências, Viana e colaboradores (2001) também referem a pertinência dos pais terem em casa alimentos saudáveis disponíveis para os filhos. No nosso estudo, os pais também apontaram que quase sempre são firmes sobre o que a criança come, quando, o local e a quantidade que come, apresentando maior firmeza com os filhos mais novos comparativamente com os mais velhos. No entanto, isto nem sempre se demonstra favorável, de acordo com outros estudos, dado que os pais devem permitir que os filhos escolham entre os alimentos disponíveis bem como definam a quantidade (Viana et al., 2011). Uma vez que se referiu a importância dos pais terem alimentos saudáveis em casa, se os mesmos seguirem a sugestão de permitirem que os filhos escolham o que querem comer somente dos alimentos disponíveis em casa, esta escolha irá acabar por ser saudável. No entanto, a supervisão do comportamento alimentar não deverá ser alvo de descuido (Viana et al., 2011).

Igualmente nenhuma das variáveis sociodemográficas em estudo revelou diferenças significativas no que concerne à subescala monitorização, estando em desacordo com o estudo realizado por Viana et al. (2012) onde se encontrou uma associação com o estado ponderal das raparigas. Os resultados desse estudo apontam para o facto de a monitorização ser maior consoante o aumento de peso das raparigas, e por esse motivo especula-se que esta discrepância entre os sexos possa traduzir diferenças na importância atribuída pelas mães ao peso dependendo do sexo do filho (Viana et al., 2012). Estes dados vão contra os dados obtidos no nosso estudo, dado que tanto para rapazes como para raparigas a monitorização foi apontada de forma igual.

4.5. Relação entre as habilitações literárias e as subescalas do FCQ

Ao verificar o impacto das habilitações literárias nas diversas subescalas do FCQ, concluiu-se que não foram encontradas nenhuma correlações estatisticamente significativas, isto é, tanto os pais com habilitações mais elevadas como os que têm mais baixas, referem a mesma responsabilidade percebida, o mesmo nível de peso da criança percebido, a mesma preocupação com o peso do seu filho, a mesma restrição, pressão para comer, monitorização, controlo aberto e controlo coberto. No entanto, importa referir que a maioria dos nossos participantes possui habilitações literárias elevadas (licenciatura 53.8%, mestrado 15% ou doutoramento 7.5%) e apenas 23.8% possui habilitações abaixo do ensino Superior. No estudo realizado por Viana e colaboradores (2008), observou-se que as mães com mais anos de escolaridade forneciam aos seus filhos alimentos mais saudáveis do que as mães com menor escolaridade. Também no estudo de Fernandes e Moreira (2007) foi destacada a relação entre

o nível de educação dos pais e a sua preocupação com a saúde e com a aquisição de um estilo de vida saudável. Ainda num outro estudo de Real et al. (2014), maiores níveis de escolaridade foram correlacionados com maiores níveis de monitorização. Em contrapartida, outro estudo mostrou que uma escolaridade mais elevada contribuiu para um aumento do controlo aberto (Ogden, Reynolds & Smith, 2006). Esta informação levou a que os autores do estudo se questionassem dado que seria mais esperado que com o aumento da escolaridade o controlo exercido maioritariamente fosse o coberto, uma vez que este não é diretamente percebido pelas crianças, ao invés do controlo aberto referido que se mostra percebido pelas crianças.

Mais estudos e com uma amostra mais variada ao nível as habilitações literárias são necessários para esclarecer estas possíveis relações e desta forma permitir testar com mais clareza a influência das variáveis sociodemográficas no práticas parentais.

4.6. Relação entre as dimensões do CFQ

Para terminar, correlacionaram-se todas as subescalas do *Child Feeding questionnaire*, com o intuito de perceber a possível associação entre as dimensões que cada uma avalia. A associação entre as diversas dimensões torna-se pertinente uma vez que, fornece dados importantes para uma reflexão sobre as implicações futuras no âmbito da intervenção com os pais ao nível da educação para uma alimentação saudável, transmitindo-lhes um leque de estratégias possíveis de aplicar à criança (Viana et al., 2012).

Assim, no nosso estudo a responsabilidade percebida apresentou uma correlação positiva moderada com o controlo aberto, ou seja os pais que percecionam uma maior responsabilidade sobre o comportamento alimentar do filho tendem a utilizar mais estratégias explícitas de controlo. Foram também encontradas correlações positivas fracas entre a responsabilidade percebida e a restrição, a responsabilidade percebida e a monitorização, a preocupação com o peso da criança e com o controlo aberto, a restrição e o controlo aberto, a monitorização e o controlo aberto, e entre o controlo aberto e o controlo coberto. No estudo realizado por Viana et al. (2012) foi encontrada uma relação entre a restrição e os fatores relacionados com a preocupação com o peso da criança, facto que não se verificou no nosso estudo. No entanto, relativamente à restrição, quanto maior foi referenciada a responsabilidade percebida dos pais em relação à alimentação do seu filho, maior é a restrição em relação a alimentos pouco saudáveis, bem como, quanto maior a restrição, maior é a firmeza em relação ao que a criança deve comer, quando deve comer e o local. Deste modo, de forma habitual, as atitudes restritivas são usadas como uma forma de conseguir controlar o peso e também como uma resposta ao excesso de peso (Viana et al., 2012).

No que concerne à monitorização, no estudo desenvolvido por Viana et al. (2012), esta sub-escala apresentou uma associação positiva com a restrição, com a preocupação com o peso e com a perceção de responsabilidade. Encontra-se deste modo em consonância com o nosso estudo na correlação com a subescala responsabilidade percebida. Assim, tendencialmente, quanto mais os pais se sentem responsáveis pela alimentação dos filhos, mais estes conseguem controlar e ter noção da quantidade de doces ou snacks que os seus filhos ingerem. Tratando-se a monitorização de uma atitude mais subtil, esta pode considerar-se como uma forma de controlo mais eficaz.

Na mesma linha dos nossos resultados, também no estudo de Viana et al. (2012) a pressão para comer estava associada com a perceção do peso da criança. Ainda no mesmo estudo, esta subescala foi negativamente correlacionada com a preocupação com o peso. Pode-se referir, neste sentido, que os pais recorrem à pressão para comer como forma de tentar melhorar e aumentar o consumo de alimentos em crianças mais leves, sendo que por vezes se obtém o efeito contrário (Viana et al., 2012). Ao invés disto, também se pode aferir que a pressão para comer diminui, consoante o peso da criança se apresenta mais elevado.

Conclusão

Seguidamente à apresentação e discussão dos resultados, onde os dados foram confrontados com a literatura, sucede-se de modo claro e abreviado os principais resultados obtidos com a realização da presente investigação. Referindo que o principal objetivo da presente investigação, consistia em tentar perceber qual a perceção dos pais sobre o peso e a alimentação do(a) seu(sua) filho(a), e ainda sobre a capacidade de controlar o que os filhos comem e de promover uma alimentação saudável, considera-se que esses objetivos foram alcançados. Assim, acredita-se que esta descrição da caracterização da perceção dos pais face à alimentação do seu filho cativa e despoleta o interesse e a preocupação da necessidade de intervir perante os dados obtidos, explorando igualmente outras temáticas que ficaram por investigar. Deste modo, as principais conclusões retiradas desta investigação são:

- Quanto ao peso da criança, a maioria dos pais mostra-se preocupado às vezes;
- A grande maioria dos pais bastantes vezes se encontra preocupado com a alimentação que a criança faz;
- A maioria dos pais refere que a alimentação do seu filho é saudável;
- Grande parte dos pais quase sempre consegue controlar o que o seu filho come em casa, porém, fora de casa apenas às vezes conseguem exercer controlo;
- Não foi apresentado um grau específico de certeza dos pais quanto ao grau em que têm a certeza de que são capazes de evitar que o seu filho coma alimentos pouco saudáveis;
- Bastantes vezes os pais têm a certeza de que são capaz de conseguir que o seu filho coma alimentos saudáveis e variados;
- Durante as refeições os pais controlam o comportamento do seu filho com bastante firmeza;
- Existe bastante certeza nos pais relativamente ao controlo que têm sobre o comportamento do filho, para ele não coma guloseimas em excesso ou fora das horas de refeições;
- Na ótica dos pais, os seus filhos gostam muito da maior parte dos alimentos apresentados, destacando-se a água, a pizza, os iogurtes sólidos ou líquidos, o chocolate ou bombons, o gelado, o sumo de laranja, o frango ou peru cozinhado, a fruta variada, as massas cozidas e o arroz cozido. Na lista de preferências alimentares das crianças não estão incluídos o queijo fresco e fruta em calda. Na nossa amostra não existe nenhuma que não goste de pão e de água;

- Não foram apresentadas nenhuma diferença significativa entre os participantes mais novos e os participantes mais velhos quanto às dimensões do CFQ (PR, PCW, CCW, R, PE, M, OC, CC);
- Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que têm só um filho, e os que têm mais do que um, quanto ao nível da preocupação com o peso da criança, sendo que são os pais que têm mais do que um filho que exibem uma maior preocupação com o peso das crianças;
- Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os pais que têm filhos mais novos e os que têm filhos mais velhos quanto à responsabilidade percebida, e ao controlo aberto. Os pais de crianças mais novas denotam uma maior responsabilidade pela sua alimentação, bem como exibem mais controlo aberto;
- Não foram apresentadas diferenças significativas entre os participantes que têm filhos do sexo masculino e os participantes que têm filhos do sexo feminino;
- Não foram encontradas nenhuma correlações estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e as subescalas do CFQ (PR, PCW, CCW, R, PE, M, OC, CC);

Mediante as correlações encontradas entre as diversas subescalas que constituem o CFQ, pode-se constatar que:

- Quanto maior é a responsabilidade percebida pelos pais em relação à alimentação do seu filho, maior é a restrição destes em relação a alimentos pouco saudáveis;
- Quanto maior é a responsabilidade percebida pelos pais, maior é a monitorização, ou seja, a noção que têm da quantidade de doces e snacks que os seus filhos comem;
- Quanto maior é a preocupação dos pais com o peso da criança, maior é a sua firmeza em relação ao que a criança deve comer, quando deve comer e o local;
- Quanto maior é a restrição por parte dos pais, em relação a alimentos pouco saudáveis, maior é o controlo aberto, isto é, maior é a sua firmeza em relação ao que a criança deve comer, quando deve comer e o local;
- Quanto maior é a noção que os pais têm da quantidade de doces e snacks que os seus filhos comem, maior é o controlo aberto;
- Quanto maior é o controlo aberto dos pais, maior é o controlo coberto, ou seja, mais os pais evitam comprar doces para casa, comer alimentos não saudáveis ou ir a locais com comida pouco saudável;
- Também se pode aferir que quanto maior é o peso da criança percebido, menor é a pressão para comer;
- Por fim, quanto maior é a responsabilidade percebida pelos pais, maior é a sua firmeza em relação ao que a criança deve comer, quando deve comer e o local.

O fenómeno da obesidade infantil leva a que as famílias e principalmente os pais cada vez se preocupem mais com a alimentação dos seus filhos, dado que este assunto apresenta

uma elevada importância ao nível da saúde das crianças. Por esta razão, torna-se pertinente explorar as atitudes parentais face à alimentação do seu filho, uma vez que são os pais os principais cuidadores das crianças, e a alimentação destes depende essencialmente dos pais nos primeiros anos de vida. É neste âmbito que surge a relevância da presente investigação, que objetivou analisar o comportamento parental face à alimentação dos filhos. O estudo é importante pois para elaborar uma intervenção adequada, visando alcançar notáveis resultados, é indispensável primeiramente explorar todo um trabalho de investigação de cariz mais descritivo da perceção parental face a alimentação da criança, para posteriormente se poder elaborar planos ajustados.

Uma outra potencialidade do estudo reflete-se no protocolo de investigação onde foram utilizados instrumentos pertinentes, sendo que um deles, o *Child Feeding Questionnaire*, que foi recentemente traduzido e adaptado para a população portuguesa, constituindo esta investigação como mais um contributo para a sua validação. Além disto todas as escalas foram selecionadas tendo em conta as características peculiares da amostra. O contacto direto com vários participantes da amostra aquando da aplicação do protocolo permitiu em simultâneo, angariar informação qualitativa que mais tarde veio a enriquecer este estudo. Esta investigação poderá assim servir de base a futuros estudos, uma vez que faz referência a pontos essenciais que até aqui não têm sido muito explorados.

No entanto, a realização deste projecto de investigação teve algumas limitações, tais como, a escassa bibliografia acerca do tema, constatando-se uma necessidade de efectuar novas investigações, e mais aprofundadas, acerca do comportamento parental face à alimentação da criança. Assim, tendo em conta os objetivos que foram propostos para esta investigação, acredita-se que os resultados encontrados no âmbito da perceção e comportamento dos pais face à alimentação dos seus filhos são relevantes para investigações futuras.

O tamanho da amostra também se apresenta como uma das limitações, apesar de se considerar uma amostra razoável, está muito longe de caracterizar a população total apresentando por isso limitações ao nível da generalização dos resultados, devendo, deste modo, serem encarados com alguma prudência de maneira a não correr o risco de enviesar as respetivas conclusões.

Outra condicionante está relacionada com o método de recolha de dados, em particular, no que diz respeito à altura e peso das crianças que não foi alvo de estudo. Seria útil que futuros estudos garantissem a recolha da informação através do registo presencial dessas medidas, cuja precisão é essencial para este tipo de análise, dado que a ausência desta informação não permitiu apurar se a perceção das mães quanto ao peso do seu filho se encontra ajustado ou desajustado face à realidade.

Mais uma limitação sentida na análise dos resultados prendeu-se com a não inclusão das crianças no nosso estudo, dado que não foi possível efetuar correlações entre a perceção dos pais e das crianças de modo a poder afirmar-se se efetivamente a perceção das preferências alimentares dos pais vão ao encontro das preferências relatadas pelas crianças ou se por vezes são distorcidas.

Quanto às escalas aplicadas, foram sentidas dificuldades ao nível de uma das subescalas que faz parte do *Child Feeding Questionnaire*, nomeadamente na subescala peso parental percebido. Aquando da aplicação individual do questionário, várias pessoas apresentaram dúvidas em relação a se as perguntas desta dimensão faziam referência ao seu próprio peso ou ao peso da criança, o que invalidou a sua utilização neste estudo.

Para além das dificuldades já referidas, a maior de todas refere-se ao tema em si. Aquando da possibilidade de trabalhar este tema, o entusiasmo foi elevado uma vez que é um assunto pertinente e bastante atual, no entanto, com o desenvolver e explorar desta temática, percebeu-se que não existem muitos estudos que incluam as variáveis escolhidas para esta investigação. Efetivamente foram encontradas diversas informações sobre o comportamento alimentar da criança e mais concretamente associado à obesidade infantil, porém, a perceção que os pais têm sobre o comportamento alimentar dos seus filhos ainda não se encontra devidamente explorado, bem como as suas atitudes, como por exemplo o tipo de controlo, a monitorização ou a pressão que exercem para que o seu filho coma. Sendo a obesidade um dos assuntos mais falado na atualidade, dado que afeta uma grande percentagem da população portuguesa, esperava-se encontrar estudos mais específicos sobre as variáveis que podem ou não ter influência neste estado, e o papel dos pais, contudo, o que maioritariamente se observou foi a obesidade correlacionada com o tipo de alimentação (alimentos mais ou menos saudáveis). Esta dificuldade pode, por outro lado, reforçar a pertinência desta investigação.

Perante os resultados apresentados, crê-se que toda a elaboração desta investigação, o aprofundar de conhecimentos acerca de uma temática tão complexa como esta, a aprendizagem mais rigorosa acerca das questões associadas à metodologia, isto é, à pesquisa efetuada, a análise estatística e o consequente tratamento e discussão de dados foi bastante enriquecedor a nível académico e profissional, dado que possibilitou não só um maior conhecimento acerca desta temática, bem como uma aprendizagem mais rigorosa acerca do tratamento de dados através do SPSS 20.

No que concerne a **sugestões para trabalhos futuros**, considerando a temática abordada ao longo deste estudo, as projeções relativamente à obesidade e ao comportamento

alimentar das crianças, é essencial intervir o mais possível, não só com os pais como também com as crianças.

Considera-se relevante mencionar a importância de serem efetuadas futuras investigações sobre a perceção dos pais sobre o peso e a alimentação das crianças, e ainda sobre a capacidade de controlarem o que estas comem e de promover uma alimentação saudável, uma vez que se trata de um assunto muito complexo na nossa atualidade.

No que concerne à população em estudo, sugere-se a replicação deste trabalho numa amostra maior de forma a alcançar resultados mais consistentes e generalizados, colmatando uma das limitações do estudo. Seria igualmente importante realizar o estudo noutras localizações geográficas do país, e, ainda neste seguimento, o alargamento do estudo a uma amostra mais heterogénea a nível do estatuto socioeconómico, uma vez que, como sabemos, o factor económico é um dos que mais afeta a aquisição de alimentos por parte dos pais.

Uma ampliação do número de participantes do sexo masculino seria benéfico no âmbito deste estudo de modo a comparar a sua perceção com a amostra de mães e assim estabelecer possíveis comparações e identificar diferenças entre ambos.

De modo a obter o IMC da criança, seria necessário num próximo estudo medir a altura e o peso da criança, dado que só através deste valor se poderia aferir com maior grau de certeza que efetivamente a perceção que os pais têm do peso da criança está ajustado com a realidade.

Incluir as crianças num próximo estudo seria também uma mais-valia com o objetivo de efetuar uma confrontação entre as preferências alimentares apontadas pelas crianças, e a perceção assinalada pelos pais.

No futuro, seria pertinente que este estudo possa ser catalisador de planos de intervenção práticos adaptados aos pais, ao nível da educação para uma alimentação saudável, transmitindo-lhes um leque de estratégias possíveis de aplicar no que se refere à alimentação da criança. Ações de sensibilização para os pais e para as crianças, alertando-os dos perigos de uma alimentação não saudável e consequentemente dos benefícios de seguir uma alimentação saudável, seria uma medida fulcral.

Assim, termina-se esta conclusão e investigação apontando para o facto de a prevenção se apresentar como o método mais efetivo para o controlo da obesidade na infância, sendo, no entanto, necessário uma melhor compreensão dos fatores associados ao comportamento dos pais para posteriormente estimular e incentivar um comprometimento maior na prevenção da obesidade (Tenorio & Cobayashi, 2011).

Bibliografia

- Alexandre, P. (2006). *Guia prático de utilização do SPSS, análise de dados para ciências sociais e psicologia (6ª ed)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Aparício, G., Cunha, M., Duarte, J. & Pereira, A. (2011). Olhar dos Pais sobre o Estado Nutricional das Crianças Pré-escolares. *Millenium*, 40, 99-113.
- Arpini, L. S., Queiroz, D. M., Correa, M. M., Salaroli, L. B. & Molina, M. C. (2014). Relação entre a percepção materna do peso corporal do filho e as práticas alimentares infantis. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, 16(3), 140-153.
- Babo, M. & Almeida, M. D. (2013). Determinantes da neofobia alimentar em crianças dos 3 aos 5 anos. *Revista SPCNA*, 19(1), 1-2.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspetiva desenvolvimentista*. (2nd ed.). Lisboa Climepsi.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. (2nd ed.). Lisboa: Climepsi.
- Berlin, K. S., Kamody, R. C., Banks, G. G., Silverman, A. H. & Davies, W. H. (2015). Empirically Derived Parental Feeding Styles for Young Children and Their Relations to Weight, Mealtime Behaviors, and Childhood Behavior Problems. *Children's Health Care*, 44,136-154.
- Birch, L. L. & Fisher, J. O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101(suppl), 539-549.
- Black, M. M. & Hurley, K. M. (2011). Ajudando as crianças a desenvolver hábitos saudáveis de alimentação. In R. E. Tremblay, M. Boivin, R. Peters (Eds.) *Enciclopédia sobre Desenvolvimento na Primeira Infância* [on-line] (pp. 1-10). Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/documents/Black-HurleyPRTxp1-Nutricao.pdf>.
- Brazão, N. & Santos, O. (2010). Transgeracionalidade na obesidade infantil. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4(2), 87-94.
- Brown, K. A., Ogden, J., Vogeleson, C. & Gibson, E. L. (2007). The role of parental control practices in explaining children's diet and BMI. *Appetite*, 50, 252-259.

- Camargo, A. P., Filho, A. A., Antonio, M. A. & Giglio J. S. (2013). A não percepção da obesidade pode ser um obstáculo no papel das mães de cuidar de seus filhos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(2), 323-333.
- Campbell, M. W., Williams, J., Hampton, A. & Wake, M. (2006). Maternal concern and perceptions of overweight in Australian preschool-aged children. *The Medical journal of Australia*, 184(6), 274-277.
- Carvalho, M. A., Carmo, I., Breda, J. & Rito, A. R. (2011). Análise comparativa de métodos de abordagem da obesidade Infantil. *Rev Port Saúde Pública*, 29(2),148-156.
- Cislak, A., Safron, M., Pratt, M., Gaspar, T. & Luszczynska, A. (2011). Family-related predictors of body weight and weight-related behaviours among children and adolescents: a systematic umbrella review. *Blackwell Publishing Ltd*, 38(3), 321-331.
- Coelho, H. M. & Pires, A. P. (2014). Relações Familiares e Comportamento Alimentar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(1), 45-52.
- Costa, A. & Silvia, C. (2009). Obesidade Infantil - conhecimentos e comportamentos dos pais de crianças entre os 6-10 anos. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. 1646-0480(6), 208-217.
- Costa, M. G., Nunes, M. M., Duarte, J. C. & Pereira, A. M. (2012). Conhecimento dos pais sobre alimentação: construção e validação de um questionário de alimentação infantil. *Revista de Enfermagem Referência*, III(6), 55-68.
- DGS (2014). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa
- Fernandes, J. A. & Moreira, P. (2007). Comportamento alimentar estudo em adolescentes de uma escola promotora de saúde de Viseu. *Alimentação Humana*, 13(1), 20-25.
- Goes, A. R., Câmara, G., Loureiro, I., Bragança, G., Nunes, L. S. & Bourbon M. (2015). «Papa Bem»: investir na literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil. *Revista portuguesa de saúde pública*, 33(1), 12-23.
- González, M. A. & Viveros, G. R. (2009) Transtorno alimentario y su relación com la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 27(2), 181-189.
- Gray W. N., Janicke, D. M., Wistedt, K. M., Dumont-Driscoll, M. C. (2010). Factors associated with parental use of restrictive feeding practices to control their children's food intake. *Appetite*, 55(2), 332-337.

- Guimarães, R. C. & Cabral, J. A. (2007). *Estatística*. Madrid: McGraw-Hill.
- Jansen, P. W., Roza, S. J., Jaddoe, V. W., Mackenbach, J. D., Raat, H., Hofman, A., Verhulst, F. C. & Tiemeier H. (2012). Children's eating behavior, feeding practices of parents and weight problems in early childhood: results from the population-based generation R study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(130), 2-11.
- Jimenez, E. G., Cordero, M. A., Garcia, C. G., Lopez, P. G., Ferre, J. A., Lopez, C. P. & Hita, E. O. (2012). Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España). *Nutrición Hospitalaria*, 27(1), 177-184.
- Lázaro, A. G. (2001). *Problemas de alimentação na criança*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Loth, K., Fulkerson, J. A. & Neumark-Sztainer, D. (2015). Food-related parenting practices and child and adolescent weight and weight-related behaviors. *Clin Pract*, 11(2), 207-220.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. (2nd ed.). Lisboa: Climepsi.
- Ogden, J., Reynolds, R., & Smith, A. (2006). Expanding the concept of parental control: A role for overt and covert control in children's snacking behaviour?. *Appetite*, 47(1), 100-106.
- Macedo, L., Festas, C. & Vieira, M. (2012). Perceções parentais sobre estado nutricional, imagem corporal e saúde em crianças com idade escolar. *Revista de Enfermagem*, III(6), 191-200.
- Maroco, J. & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: saber decidir, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Mata, J., Scheibehenne, B., & Todd, P. M. (2008). Predicting children's meal preferences: How much do parents know?. *Appetite*, 50, 367-375.

- Melbye, E. L. & Hansen H. (2015). Promotion and prevention focused feeding strategies: exploring the effects on healthy and unhealthy child eating. *BioMed Research International*, 2015, 1-7. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1155/2015/306306>
- Melo, S. H. & Tapadinhas, A. R. (2012). Relação entre o comportamento alimentar de pais e filhos. *Psychology, Community & Health*, 1(3), 273-284.
- Morais, C. (2013). *Significações de pais de crianças em idade pré-escolar sobre a alimentação dos filhos* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia, Lisboa.
- Musher-Eizenman, D. & Holub, S. (2007). Comprehensive Feeding Practices Questionnaire: validation of a new measure of parental feeding practices. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(8), 960-972.
- Nunes, L. A. (2011) A influência dos estilos parentais na obesidade infantil. *INFAD Revista de Psicología*, 1(1),37-46.
- Ogden, J., Reynolds, R., & Smith, A. (2006). Expanding the concept of parental control: A role for overt and covert control in children's snacking behaviour? *Appetite*, 47(1), 100-106.
- Pallant, J. (2007). *Survival manual - A step by step guide to data analysis using SPSS (4ed.)*. Austrália: Allen & Uniwin.
- Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001). *O mundo da Criança (8ed.)*. Lisboa: McGrawHill.
- Parletta, N., Peters, J., Owen, A., Tsiros, M. D. & Brennan L. (2015). Parenting styles, communication and child/adolescent diets and weight status: let's talk about it. *Early Child Development and Care*, 182(8), 1089-1103.
- Patrick, H. & Nicklas T. A. (2005). A Review of Family and Social Determinants of Children's Eating Patterns and Diet Quality. *Journal of the American College of Nutrition*, 24(2), 83-92.
- Pinheiro-Carozzo, N. P. & Oliveira, J. H. (2015). Comportamento alimentar: um estudo da relação entre imc de crianças e sua percepção sobre as práticas alimentares parentais. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina*, 6(1), 21-35.
- Prazeres, T. & Fonseca, J. L. (2010). Rastreamento da obesidade infantil - três anos de jornadas nacionais. *Acta Pediatrica Portuguesa*, 41(3), 122-126.

- Peters, J., Sinn, N., Campbell, K. & Lynch, J. (2015). Parental influences on the diets of 2-5-year-old children: systematic review of interventions. *Early Child Development and Care*, 182(7), 837-857.
- Ramos, M. & Stein L. M. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *J. pediatr. (Rio J.)*, 76(Supl.3), S229-S237.
- Real, H., Oliveira, A., Severo, M., Moreira, P., & Lopes, C. (2014). Combination and adaptation of two tools to assess parental feeding practices in pre-school children. *Eating Behaviors*, 15, 383-387.
- Restrepo, S. L. & Gallego, M. M. (2015). La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín de Antropología*, 19(36), 127-148.
- Ribeiro, J. P. (1988) *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA - Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J. P. (2007) *Introdução à Psicologia da Saúde*. (2nd ed.). Coimbra: Quarteto.
- Rochinha, J. & Sousa, B. (2012). Os estilos e práticas parentais, a alimentação e o estado ponderal dos seus filhos. *Revista SPCNA*, 1(18), 2-7.
- Rossi, A., Moreira, E. A. & Rauen, M. S. (2008). Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Revista nutrição Campinas*, 21(6), 739-748.
- Rotenberg, S. & Vargas, S. (2004). Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Revista Brasileira de Saúde Materna*, 4(1), 85-94.
- Sancho, T., Pinto, E., Pinto, E., Mota, J., Vale, S. & Moreira, P. (2014). Determinantes do peso corporal de crianças em idade pré-escolar. *Revista Factores de Risco*, (34), 26-33.
- Santos, C. (2010). *Manual de Autoaprendizagem: Estatística Descritiva*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Savage, J. S., Fisher, J. O. & Birch L. L. (2007). Parental Influence on eating behavior: conception to adolescence. *J Law Med Ethics*, 35(1), 22-34.
- Scaglioni, S., Arrizza, C., Vecchi, F. & Tedeschi, S. (2015). Determinants of children's eating behavior. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 94(suppl), 2006S-2011S.

- Scaglioni, S., Salvioni, M. & Galimberti, C. (2008). Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *British Journal of Nutrition*, 99(Suppl. 1), S22-S25.
- Schwartz, C., Scholtens, P. A., Lalanne, A., Weenen, H. & Nicklaus, S. (2011). Development of healthy eating habits early in life. Review of recent evidence and selected guidelines. *Appetite*, 57, 796-807.
- Sousa, M. J. (2009). Promoção da alimentação saudável em crianças em idade escolar: estudo de uma intervenção (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa.
- Souza, M. C., Tibúrcio, J. D., Bicalho, J. M., Rennó, H. M., Dutra, J. S., Campos, L. G. & Silva, E. S. (2014). Fatores associados à obesidade e sobrepeso em escolares. *Florianópolis*, 23(3), 712-719.
- Silva, A. I. & Teles, A. (2013). Neofobias alimentares - importância na prática clínica. *Revista de pediatria do centro hospitalar do porto*, XXII(3), 167-170
- Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (1995). *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Teixeira, M. C., Pereira, A. T., Saraiva, J. M., Marques, M., Soares, M. J., Bos, S. C., Valente, J., Azevedo, M. H. & Macedo, A. J. (2012). Portuguese validation of the Children's Eating Attitudes Test. *Rev Psiq Clín.*, 39(6), 189-93.
- Tenorio, A. S. & Cobayashi, F. (2011). Obesidade infantil na percepção dos pais. *Rev Paul Pediatr*, 29(4), 634-639.
- Thompson, M. E. (2010). Parental feeding and childhood obesity in preschool-age children: recent findings from the literature. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 33, 205-267.
- Tremblay, L., Rinaldi, C. M., Lovsin, T. & Zecevic, C. (2012). Parents' perceptions of children's weight: the accuracy of ratings and associations to strategies for feeding. *Early Child Development and Care*, 182(8), 1027-1040.
- Vaz, D. S. & Bennemann, R. M. (2014) Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. *Uningá Review*, 20(1), 108-112.
- Viana, V., Candeiras, L., Rego, C. & Silva D. (2009). Comportamento Alimentar em Crianças e Controlo Parental: uma revisão da bibliografia. *Revista da SPCNA*, 15(1), 9-16.

- Viana, V., Franco T. & Morais, C. (2011). O Estado Ponderal e o Comportamento Alimentar de Crianças e Jovens: influência do peso e das atitudes de controlo da mãe. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(2), 267-279.
- Viana, V., Franco, T., Morais, C., Almeida, P., Silva, D. & Guerra, A. (2012). Controlo Alimentar Materno e Estado Ponderal: resultados do questionário alimentar para crianças. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 298-310.
- Viana, V., Guimarães, M. J., Teixeira, M. C., & Barbosa, M. C. (2003). Aquisição e desenvolvimento de atitudes face à saúde na infância e adolescência. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 34, 277-286.
- Viana, V., Santos, P. L. & Maria, J. G. (2008). Comportamento e Hábitos Alimentares em Crianças e Jovens: uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 209-231.
- Viana, V. & Sinde, S. (2008). O comportamento alimentar em crianças: Estudo de validação de um questionário numa amostra portuguesa (CEBQ). *Análise Psicológica*, 1(XXVI), 111-120.
- Vieira, G. V., Silva, L. R., Vieira, T. O., Almeida, J. A. & Cabral V. A. (2004). Feeding habits of breastfed and non-breastfed children up to 1 year old. *Jornal de Pediatria*, 80(5), 411-416.
- Webber, L., Hill, C., Cooke, L., Carnell, S. & Wardle, J. (2010). Associations between child weight and maternal feeding styles are mediated by maternal perceptions and concerns. *European journal of clinical nutrition*, 64(3), 259-265.
- WHO (s.d). *Trade, foreign policy, diplomacy and health*. Consultado em <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>