

Universidade de Lisboa  
Faculdade de Medicina de Lisboa  
Instituto de Formação Avançada



Prevalência de pré-obesidade e obesidade infantil em concelho rural da Ilha da Madeira: perspectivas transgeracionais.

**Nádia Brazão**

Mestrado em Doenças Metabólicas e  
Comportamento Alimentar

2010

**A impressão desta dissertação foi aprovada pela Comissão Coordenadora do Conselho Científico da Universidade de Lisboa em reunião de 15 de Dezembro de 2009.**

Universidade de Lisboa  
Faculdade de Medicina de Lisboa  
Instituto de Formação Avançada



Prevalência de pré-obesidade e obesidade infantil  
em concelho rural da Ilha da Madeira:  
perspectivas transgeracionais.

Nádia Brazão

Mestrado em Doenças Metabólicas e  
Comportamento Alimentar

Dissertação orientada pela Prof. Doutora Isabel do Carmo

Dissertação co-orientada pelo Mestre Osvaldo Santos

Todas as afirmações efectuadas no presente documento são da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à Faculdade de Medicina de Lisboa pelos conteúdos nele apresentados.

## **Agradecimentos**

À **Professora Doutora Isabel do Carmo**, pelas suas sugestões e partilha de saber, que logo me abriu a porta que rapidamente me encaminhou para o tema tratado neste trabalho.

Ao meu co-orientador, **Mestre Osvaldo Santos**, pela sua disponibilidade, pelos seus ensinamentos, pela sua experiência e competente orientação, e pelas suas relevantes contribuições neste trabalho. Mas acima de tudo por ter tido o privilégio da sua amizade e de ter aprendido tanto, com seu carisma e persistência.

Ao conselho executivo, a todos os professores de Educação Física e funcionários da **Escola B+S Bispo D. Manuel Ferreira Cabral** pelo auxílio prestado na avaliação dos alunos durante as aulas de educação física e desporto.

Aos **alunos, pais e avós** da Escola B+S Bispo D. Manuel Ferreira Cabral do concelho de Santana, agradeço a sua disponível participação.

Aos meus amigos e família, pela tolerância, compreensão e carinho quando estava a escrever em vez de atender às suas necessidades.

Aos meus **pais**, pelo apoio incondicional e contínuo em todos estes anos, ensinando-me principalmente a importância da construção e coerência dos meus próprios valores.

Agradeço em especial ao **Pedro**, pelo amor total, apoio e coragem que sempre me transmitiu. Pela paciência infinita e crença absoluta na minha capacidade de terminar a construção deste trabalho. E pelo acompanhamento e colaboração que prestou em todas as fases do projecto.

Por último, ao **José Pedro**, pelo “débito” de atenção que teve durante o seu período de gestação. Pelas horas que passei sentada, pela falta das caminhadas e pelas refeições mal seleccionadas. Mesmo assim, obrigada por todos os bons momentos que já me tens proporcionado. Tentarei compensar-te!

## Resumo

Não há dados representativos da obesidade entre crianças e adolescentes no concelho de Santana, zona rural da Ilha da Madeira. Para o estudo dos determinantes transgeracionais, importa compreender como é que estes se associam ao excesso de peso no caso específico das comunidades portuguesas, nomeadamente em contextos rurais e desfavorecidos. Este foi um estudo transversal e observacional, com abordagem mista (quantitativa/qualitativa). Os 450 participantes (censos de alunos do ensino básico e secundário de Santana) foram avaliados quanto a peso e altura. Para a componente qualitativa, a amostragem (intencional) teve por critérios: idade dos alunos, terem ou não obesidade, tempo de convivência com avós, e habilitações literárias dos pais. Realizaram-se 7 *focus groups*, incluindo 11 famílias (3 com convivência com avós; 5 com alunos obesos).

A amostra é constituída por alunos do ensino básico/secundário, entre 10-18 anos, correspondendo a cerca de 84,6% da população (deste grupo etário) residente no concelho de Santana (SESARAM). A prevalência de pré-obesidade é de 19.8% (21.3% entre raparigas; 18.4% entre rapazes). A de obesidade é de 16.2% (16.7% e 15.8%, respectivamente). 33.1% dos alunos convivem com os avós. Entre estes, os valores de obesidade são de 18.1%. Os resultados qualitativos sugerem hipóteses explicativas da maior percentagem de obesidade entre os que convivem com avós. Os contextos sócio-económicos parecem associar-se a diferenças alimentares entre gerações. Os estilos parentais encontrados tendem a promover maior consumo alimentar, independentemente do tipo de alimentos. O discurso dos participantes sugere maior tolerância (de geração para geração) na escolha que as crianças

fazem dos alimentos, baseada predominantemente nas preferências organolépticas, sem consideração do valor salutogénico dos alimentos.

Dado o estilo progressivamente menos restritivo entre gerações, os jovens escolhem os alimentos de que mais gostam (de entre as alternativas propostas pelos avós e pelos pais), tendencialmente hipercalóricos.

Os resultados deste estudo salientam a importância dos avós serem uma população alvo estratégica aquando da definição de programas de prevenção para a obesidade.

**Palavras-chave:** Obesidade; (Pré-) adolescentes; Transgeracionalidade; *Focus groups*.

## Summary

There are no representative data on obesity between children and adolescents on Santanta, a rural county in Madeira Island. For the study of transgenerational determinants, it's important to understand how these associate with overweight in the specific case of portuguese communities, particularly on rural contexts. This was a cross-sectional and observational study, with a mixed approach (quantitative / qualitative). Participants (census of students in primary and secondary school of Santana) were evaluated for weight and height. For the qualitative component, the sampling (intentional) had by criteria: age of the students, having or not, time spent with grandparents and parents' educational attainment. There were 7 *focus groups*, including 11 families (3 that spend quality time with grandparents, 5 with obese students). It participated 450 students from the primary/secondary degrees, between

10-18 years, corresponding about 84,55% of the population (in this age group) residing in the Santana (SESARAM).

There is a progressively less restrictive style between generations, young people choose the foods they like best (from the alternatives proposed by the grandparents and parents), normally hypercaloric.

These results highlight the importance of grandparents being a strategic target population when developing prevention programs for obesity.

**Key-words:** Obesity; (Pre) adolescents; Transgenerational; Focus groups.

## Lista de Ilustrações

### Figuras

Figura 1: Interações transgeracionais de comportamento alimentar (adaptado de Domínguez-Vásquez et al).....	15
Figura 2: Média do IMC por idade do aluno.....	34

### Gráficos

Gráfico 1: Caracterização IMC da amostra.....	33
Gráfico 2: Caracterização em convivência dos avós. ....	35

### Tabelas

Tabela 1: Crianças nascidas entre 1992 e 2000 no concelho de Santana.....	26
Tabela 2: Distribuição das variáveis sexo e idade. ....	30
Tabela 3: Escolaridade dos pais dos alunos avaliados. ....	32
Tabela 4: Prevalência das categorias de IMC entre os que convivem regularmente e os que não convivem regularmente com os avós .....	37
Tabela 5: Composição dos focus groups.....	38

## Índice

Agradecimentos .....	I
Resumo.....	III
Summary.....	IV
Introdução .....	1
Transgeracionalidade genética na obesidade .....	2
Transgeracionalidade não genética na obesidade .....	5
O papel dos pais na intervenção orientada para o controlo do peso .....	11
Os avós na intervenção familiar .....	13
Objectivos .....	16
Métodos .....	18
Desenho do estudo.....	18
Recolha de dados .....	18
Amostragem .....	23
População-alvo .....	25
Amostra .....	26
Análise dos dados .....	27
Fase 1 do estudo: análise estatística .....	27
Fase 2 do estudo: análise de conteúdo.....	27
Aspectos éticos do estudo .....	28
Resultados .....	30
1. Caracterização demográfica da amostra.....	30
2. Prevalência da obesidade entre alunos da escola .....	32
2.1 Caracterização antropométrica da amostra (IMC) .....	32
2.2 Caracterização em convivência com os avós .....	35
2.3 Associação entre obesidade e convivência com os avós .....	35
3. Resultados dos <i>focus groups</i> .....	37
3.1 Hábitos alimentares.....	39
3.1.1 Organização das refeições em família .....	39
3.1.2 Preferências alimentares, alimentos mais típicos. ....	48
3.1.3 Caracterização alimentar das famílias .....	53
3.2 Educação alimentar.....	57

3.2.1 Os pais na educação alimentar das crianças.....	57
3.2.2 Os avós na educação alimentar das crianças.....	68
4. Percepções de hábitos alimentares inter-geracionais.....	70
5. Crenças acerca do conceito: alimentação saudável .....	78
6. Recomendações externas para uma alimentação saudável .....	82
Discussão.....	89
Convivência com os avós .....	91
Os <i>focus groups</i> .....	92
Crianças em primeiro plano ao pequeno-almoço .....	93
Família reunida ao jantar .....	93
A “conveniência” nas refeições .....	95
Condicionantes das preferências alimentares .....	95
Mães e avós mais presentes .....	96
Os pais na educação alimentar das crianças .....	97
Controlo manifesto e não manifesto.....	99
Os avós na educação alimentar das crianças .....	100
Mudança geracional.....	102
Incompreensão de conceitos e recomendações .....	103
Conclusão .....	105
Referências Bibliográficas .....	VIII

## Índice de Anexos

<b>Anexo I:</b> Guião do <i>focus group</i> .....	XV
<b>Anexo II:</b> Normas de transcrição.....	XVI
<b>Anexo III:</b> Consentimento informado.....	XVIII
<b>Anexo IV:</b> Análise de conteúdo.....	XIX
<b>Anexo V:</b> Transcrição dos <i>focus group</i> .....	CXIV

## Introdução

A obesidade está associada a múltiplos problemas de saúde, incluindo, entre outros, diabetes tipo 2, hiperlipidémia, hipertensão arterial e outras patologias cardiovasculares, alguns tipos de cancro, asma, e apneia do sono. Associa-se ainda a co-morbilidade psiquiátrica, incluindo depressão, ansiedade, e distúrbios alimentares. 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 pré-obesidade, e aproximadamente 40 milhões com obesidade<sup>1</sup>. Em Portugal, 39,4% dos adultos apresenta excesso de peso e 14,2% sofre de obesidade<sup>2</sup>. O primeiro estudo de prevalência de excesso de peso (incluindo obesidade) em crianças entre os dois e os cinco anos, feito a nível nacional, revelou uma prevalência de 23,2% para a pré-obesidade e de 12,3% para obesidade<sup>3</sup>, valores estes que não se distam muito dos encontrados para a população entre os sete e os nove anos (entre 20,3% e 22,7% de pré-obesidade e entre 11,3% e 14,5% de obesidade<sup>4,5</sup>). Esta epidemia da obesidade tem vindo a ser perspectivada como resultado de aumento do consumo calórico e de diminuição dos níveis de actividade física ao longo das décadas, assim como ao advento de novas tecnologias que retiram tempo à preparação dos alimentos (aumentando a facilidade de acesso imediato a produtos, muitas vezes hipercalóricos)<sup>6,7</sup>.

Para além da multiplicidade de factores ambientais que convergem de forma complexa para o aumento do peso corporal, importa ter presente os factores de

transgeracionalidade deste fenómeno. E, apesar de ser expectável encontrar filhos magros de pais magros e filhos com pré-obesidade de pais com pré-obesidade, os mecanismos desta transgeracionalidade não são ainda bem compreendidos<sup>8,9</sup>, sendo certo que a associação do Índice de Massa Corporal (IMC) entre gerações resulta de mecanismos complexos e multicausais, sendo de destacar dois factores, eventualmente complementares: factores genéticos e factores de aprendizagem atitudinal e comportamental comuns entre pais e filhos<sup>8-10</sup>. Se por um lado já foram identificados mais de 500 genes implicados na obesidade<sup>11</sup>, vários estudos apontam também para o facto de o comportamento aliado às preferências dietéticas e aos padrões de actividade física ou sedentarismo ser estabelecido desde a idade jovem<sup>12,13</sup>.

O ambiente de interacção entre factores ambientais e psicológicos com susceptibilidades metabólicas e genéticas é designado por obesogénico. Segundo Swinburn et al<sup>14</sup> trata-se de um somatório de influências, estabelecidas pelo meio, pelas oportunidades e pelas condições de vida, na formação da obesidade em indivíduos ou populações. O oposto denomina-se de ambiente leptogénico (do Grego *leptos*, magro), onde os incentivos recaem em escolhas alimentares saudáveis e práticas regulares de actividade física<sup>14</sup>.

### **Transgeracionalidade genética na obesidade**

A evidência da contribuição genética para o peso e para a obesidade em fase adulta deriva de modelos de epidemiologia genética, tendo por método clássico para a compreensão das diferentes contribuições da genética e do ambiente familiar os

estudos com gémeos<sup>15,16,17,18</sup>. Os primeiros estudos que abordam as transgeracionalidade (de pais para filhos, apenas) do IMC datam de 1997 e 2002 (sendo utilizado o IMC dos pais já em fase adulta)<sup>19,20</sup>.

Os estudos de análise genética comportamental sugerem que a similaridade genética explica entre 50 a 90% da variação de fenótipo da adiposidade em membros da mesma família<sup>19</sup>. Os efeitos da predisposição genética parecem preceder a fase da infância, manifestando-se mesmo em ambiente intra-uterino. Um estudo recente, com 501 crianças (desde o nascimento até aos 36 meses de idade, provenientes de 164 famílias do *Fels Longitudinal Study*), revelou que o efeito da hereditariedade no peso corporal torna-se mais pronunciado com o número de meses de vida<sup>21</sup>. Outro estudo, incluindo 672 pares de gémeos, revelou que a maioria da variação de peso dá-se entre o 5º mês e o 5º ano, com a hereditariedade a explicar entre os 84 e os 88% dessa variância<sup>22</sup>.

Em relação ao comportamento alimentar, Tholin et al<sup>23</sup> e Camell et al<sup>24</sup> encontraram correlações mais elevadas nos indicadores registados por pares de gémeos monozigóticos do que nos registados por gémeos dizigóticos. O estudo TEDS (*Twin Early Development Study*) avaliou as influências genéticas no IMC e no comportamento alimentar em gémeos monozigóticos e dizigóticos nascidos no Reino Unido entre 1994-1996. Neste estudo encontraram-se também correlações de IMC significativamente superiores em gémeos monozigóticos comparando com os dizigóticos, assim como em dois indicadores de CEBQ (acrónimo em inglês de: Questionário de Comportamento Alimentar Infantil): “*prazer associado aos*

*alimentos*” e *”resposta à saciedade”*<sup>25</sup>. Adicionalmente, Breen et al<sup>26</sup> estudaram as preferências alimentares face a grupos de alimentos em gémeos monozigóticos e dizigóticos em idade pré-escolar, tendo encontrado correlação mais forte em gémeos monozigóticos, especialmente no que se refere ao grupo alimentar “carnes e pescados” e às “frutas”. Por outro lado, os estudos de Cooke et al<sup>16,27</sup> com gémeos, mostraram que também a neofobia alimentar em crianças com idades compreendidas entre os 8 e 11 anos apresenta características genéticas.

Vários estudos têm sustentado a hipótese da obesidade dos pais ser um forte determinante da obesidade nos filhos, e que esta relação tende a ser linear: quanto maior o excesso de peso dos pais, maior o dos filhos<sup>28,29</sup>. Lee et al<sup>30</sup> sugerem que um indivíduo cujo pai, mãe, irmão ou irmã apresente um IMC  $\geq 40$  Kg/m<sup>2</sup> apresenta um risco 5 vezes superior de desenvolver obesidade, quando comparado com indivíduos cujos familiares de primeiro grau apresentem IMC normal.

Existe evidência de que crianças até 5 anos de idade com dois pais obesos têm maior risco (cerca de 10 vezes superior) de desenvolver obesidade do que crianças cujos pais não sejam obesos. Com o aumento da idade, o peso das crianças torna-se num preditor mais robusto da obesidade em fase adulta que a obesidade dos pais. Estes resultados sugerem que o peso corporal dos pais pode ser particularmente informativo da presença precoce de obesidade infantil e (cumulativamente com o efeito preditivo do peso da criança para o peso no adulto) do risco de desenvolver obesidade em fase adulta<sup>18</sup>.

## **Transgeracionalidade não genética na obesidade**

Em 2008 foram publicados os primeiros resultados do British Birth Cohort, que comparou os IMC de pais, nas suas diferentes fases etárias, com o IMC dos filhos<sup>9</sup>. Os autores colocam como hipótese de partida que a associação forte entre o IMC dos filhos com o IMC dos seus pais quando estes tinham uma idade mais avançada (já em adultos) seria melhor explicada por factores ambientais. Uma associação forte entre o IMC dos filhos com o IMC dos pais quando eram crianças seria melhor explicável pela genética. Verificou-se que o efeito do IMC dos pais em fase adulta era tão bom preditor de pré-obesidade/obesidade nos seus filhos quanto o IMC dos pais quando estes eram crianças, sugerindo uma interacção entre as influências ambientais e as genéticas<sup>9,31</sup>.

Desde o nascimento, as capacidades inatas para o gosto e as tendências comportamentais começam a ser modificadas pela experiência. As tendências biológicas para consumir alimentos saborosos e familiares parecem manifestar-se desde os primeiros meses de vida<sup>32</sup>. A criança aprende rapidamente a identificar os alimentos pertencentes à sua cultura familiar, desenvolve preferências alimentares e compreende quando, o quê e quanto deve ingerir. Paralelamente, as crianças vão associando o sabor a consequências psicológicas e sociológicas da alimentação. Esta aprendizagem resulta no desenvolvimento de suas atitudes e crenças idiossincráticas acerca dos alimentos, que tendem a perdurar até à vida adulta.

Diversos estudos têm revelado a importância do ambiente familiar para o desenvolvimento de padrões dietéticos e de obesidade infantil<sup>10,33</sup>. Esta “passagem de testemunho” no que se refere aos hábitos alimentares torna a leitura estritamente genética de determinação da obesidade menos linear. Numa perspectiva transgeracional não genética, é possível que a associação dos IMC entre gerações tenha também por base a partilha entre gerações sucessivas de factores ambientais que afectam a relação com os alimentos e com a prática de actividade física, tais como o nível socioeconómico, as rotinas alimentares (fraccionamento alimentar, locais de refeição, etc.), os padrões de dieta, os níveis e regularidade de actividade física, entre outros estilos de vida<sup>13,14,34</sup>.

O modo como nos alimentamos, as nossas preferências e rejeições a determinados alimentos estão, durante a infância, fortemente condicionados pelo contexto familiar, no qual se incorpora a maioria dos hábitos e práticas alimentares da comunidade<sup>9,16,31,35</sup>. As mães têm sido identificadas como as principais responsáveis pela transmissão dos padrões alimentares saudáveis aos filhos, durante a infância destes<sup>15,36</sup>. Os pais influenciam o contexto alimentar, aplicando modelos parentais que variam de estilos mais autoritários a mais permissivos, nas escolhas alimentares dos filhos (em aspectos como o aleitamento materno, o tipo de alimentos, a quantidade e horários de refeições, a idade de introdução dos alimentos, etc.)<sup>10,37</sup>. Os modelos de alimentação infantil aplicados pelos pais têm por base, entre outros aspectos, as tradições familiares, a disponibilidade de alimentos em casa, o acesso e exposição aos meios de comunicação e a interacção com as crianças nos momentos de refeição<sup>16</sup>. A exposição repetida da criança a estes modelos familiares

gera um estímulo condicionado em que alimentos específicos são associados a eventos específicos (festas, castigos, estações do ano, etc.) exercendo um efeito modulador sobre o seu comportamento alimentar<sup>32,38</sup>. Como consequência do reforço positivo das atitudes consonantes com os modelos propostos pelos pais, as crianças adoptam as suas preferências alimentares aos costumes familiares, fazendo escolhas que se repetirão no futuro<sup>32</sup>.

As perspectivas pedagógicas actuais têm promovido estilos parentais mais permissivos e democráticos em diversos contextos educativos, incluindo os processos de escolha alimentar. Neste contexto sócio-educativo, as escolhas alimentares tendem a ser cada vez mais discutidas e negociadas com as crianças, que acabam assim por desempenhar um papel cada vez mais activo nas decisões familiares<sup>16</sup>. Neste processo, os pais acabam muitas vezes por serem também “educados” pelos filhos relativamente às escolhas alimentares destes últimos, muitas vezes sujeitos à pressão de factores extra-família, como por exemplo, a publicidade da indústria alimentar dirigida às crianças.

Mas os efeitos educativos relativamente à alimentação não se limitam à qualidade ou diversidade dos alimentos. Os modelos parentais estão também implicados na criação de hábitos relativos às quantidades de alimentos ingeridos. Ao estudar a relação entre pais e filhos à hora da refeição, verificou-se que os pais podem induzir os seus filhos a ingerirem quantidades exageradas de nutrientes, indo para além do que aconteceria por processos de auto-regulação biológica<sup>36,37</sup>.

O padrão alimentar infantil está configurado a partir de estratégias utilizadas pelos pais para “controlar o que a criança come”. De forma a controlar o comportamento alimentar dos filhos, os pais utilizam várias estratégias à hora da refeição: atitude neutra, pressão/exigência, raciocínio, elogio, restrição, ameaças, recompensas com mais (ou outros) alimentos e jogos<sup>37,39,40,41</sup>. Estas estratégias parentais são recebidas e interpretadas pelos filhos num processo organizador da realidade (no caso, do mundo alimentar da criança), que determina a criação de padrões alimentares<sup>32,39,40,41</sup>. Assim sendo, as estratégias parentais para o controlo alimentar dos filhos têm valor preditivo relativamente a em indicadores tangíveis de saúde como, por exemplo, o peso e a adiposidade visceral da criança<sup>16,37,39,40</sup>.

Uma tipologia possível dos estilos parentais associados ao controlo alimentar passa pela distinção entre estilo permissivo (pouco firme), estilo austero (firme e pouco emotivo) e estilo autoritário (firme e emotivo)<sup>10,42</sup>. As práticas de controlo alimentar caracterizadas como austeras ou autoritárias tendem a controlar a alimentação da criança, sem que esta tenha possibilidades de escolha ou preferência<sup>42</sup>. Há estudos que sugerem que estes estilos parentais, quando exercidos de forma inflexível, promovem a perda da capacidade inata da criança para interpretar os seus sinais de fome e saciedade<sup>43</sup>, constituindo um factor de risco para o excesso alimentar e consequente pré-obesidade<sup>44</sup> (embora existam estudos que não confirmem esta hipótese<sup>10,35,43</sup>). Importa chamar a atenção para o facto da maioria dos estudos de associação entre estilo parental e adiposidade da criança serem transversais, não permitindo inferir relações de causalidade<sup>32</sup>.

Um estudo publicado em 2009 por Van Strien et al<sup>10</sup>, investigou dois modelos de controlo parental, denominados por *pressão* (pressionar a criança a ingerir alimentos saudáveis, geralmente frutos e vegetais, e a comer mais quantidade no geral) e *restrição* (restringir à criança o acesso a snacks hipercalóricos e reduzir a quantidade total de alimentos), como factores de risco para o excesso de peso, associando-os a outros factores de risco, como o consumo de *snacks* calóricos, não tomar o pequeno-almoço, baixo consumo de fruta, inactividade física, e tempo dispendido à frente da televisão, do computador, ou de jogos electrónicos. Os resultados do estudo sugerem que os modelos de controlo parental podem estar relacionados com a produção de ambientes obesogénicos ou leptogénicos para as crianças. Verificou-se que a percepção (pela criança) de baixo controlo parental está associada a ambiente mais obesogénico para a criança. Por outro lado, a percepção de controlo parental elevado foi negativamente associada ao pré-obesidade e positivamente associada ao aumento do consumo de pequeno-almoço e prática de actividade física. De referir que maior controlo não é equivalente a estilos autoritários ou austeros. Importa salientar que estes dados não são consensuais. Da revisão sistemática de Birch et al<sup>35</sup>, conclui-se que estratégias parentais que promovem a restrição do acesso a *snacks* podem tornar estes alimentos ainda mais atractivos para as crianças. Outro estudo<sup>45</sup> revelou que as crianças preferem os alimentos mais restritos que os menos restritos, particularmente quando na ausência do controlo materno. Em todo o caso, a evidência científica parece pender mais para o efeito positivo do controlo parental na redução do peso e na melhoria do comportamento alimentar. Wardle et al. utilizaram o *Parental Feeding Style Questionnaire* (PFSQ), que avalia o controlo alimentar por restrição (através de itens

como “*eu controlo quantos snacks o meu filho deve ter*”<sup>46</sup> e verificaram também que a falta de controlo da ingestão alimentar contribui para as variações de peso nas crianças. Da mesma forma, Brown e Ogden<sup>39</sup> reportaram que mais controlo parental está associado a maior consumo de *snacks* saudáveis.

Existem várias explicações possíveis para estes resultados conflituosos, incluindo limitações próprias aos diferentes métodos e técnicas de investigação, incluindo as diferenças em termos das populações e amostras em estudo. Os resultados contraditórios podem também reflectir a natureza antagónica do controlo parental, em que algumas formas podem ter efeitos benéficos e outras efeitos nefastos<sup>34</sup>. Para explorar estas possibilidades, Ogden, Reynolds, et al<sup>47</sup> examinaram os efeitos da diferenciação entre controlo manifesto (*overt control*) que pode ser detectado pela criança (por exemplo, ser firme acerca da quantidade de alimentos que o filho pode ou deve ingerir) e “controlo não manifesto” (*covert control*), que não é detectado pela criança (por exemplo, não trazer alimentos hipercalóricos para casa). O estudo mostra que ambas as formas de controlo orientam as crianças para uma alimentação saudável, sendo que a segunda diminui a ingestão de alimentos hipercalóricos e a primeira (controlo manifesto) aumenta o consumo de *snacks* saudáveis. Este estudo revelou também que os pais com IMC mais baixos e filhos que se autopercepcionam como pesados tendem a exercer um controlo não manifesto, enquanto que pais com maior estatuto social estão mais predispostos a utilizar o controlo manifesto<sup>34,47</sup>.

Em 2007, Brown et al publicaram outro estudo do impacto do controlo parental nas refeições principais (não apenas em *snacks*), bem como noutros comportamentos alimentares (consumo de frutas e vegetais, *snacks* e neofobia alimentar)<sup>47</sup>. Os autores concluíram que o método de controlo manifesto era mais frequentemente utilizado em refeições, enquanto que nos comportamentos associados a *snacks*, o estilo de controlo mais frequente era o não manifesto. O estudo revelou também que o método “pressão para comer” (encorajando a criança a comer mais mesmo quando não sente apetite) está associado a neofobia alimentar, a escolhas alimentares menos saudáveis, a ingestão de *snacks* pouco saudáveis e a redução da ingestão de frutas e vegetais. Ao invés, o controlo não manifesto revelou-se associado a comportamentos alimentares mais saudáveis. Os resultados indicam que esta abordagem pode originar comportamentos menos saudáveis e pode ter ainda um impacto negativo na escolha alimentar<sup>47</sup>.

Resumindo, os estudos sobre o controlo parental dos comportamentos alimentares das crianças convergem no sentido do controlo parental menos autoritário mas sistemático e, sempre que possível, não manifesto, ser uma medida efectiva para a promoção de hábitos salutogénicos<sup>10,48</sup>.

### **O papel dos pais na intervenção orientada para o controlo do peso**

Compreender as variáveis de influência familiar nos estilos de vida das crianças associáveis ao controlo do peso é fundamental para estruturar estratégias de intervenção na prevenção e tratamento do pré-obesidade e obesidade infantil.

Desenvolver uma intervenção familiar bem sucedida consiste na capacidade de alterar o comportamento da criança, o que requer competências parentais específicas (em termos educativos), bem como capacidade para modelar os comportamentos desejados, reforçando hábitos alimentares e actividade física saudáveis<sup>49,50,51</sup>. No contexto de cuidados primários, há evidência de maior efectividade terapêutica quando a responsabilidade do tratamento é dada aos pais e não aos filhos<sup>51,52</sup>. As características parentais podem auxiliar na compreensão dos determinantes da adesão e eficácia dos tratamentos. Tem sido encontrado valor preditivo da mudança de peso dos pais na mudança de peso dos filhos em programas de intervenção com a família<sup>45</sup>. E o controlo parental demonstrou ser uma variável preditora independente da percentagem de pré-obesidade infantil<sup>29,51</sup>.

Estudos recentes indicam que uma intervenção bem sucedida deve envolver e trabalhar directamente com os pais das crianças desde as fases mais jovens do desenvolvimento da criança, de forma a garantir rotinas comportamentais saudáveis, quer dentro quer fora de casa<sup>49,53</sup>. Outros estudos vão mais além, concluindo que omitir a criança obesa da intervenção directa e utilizar como alvo os pais (e não pais e filhos) é uma abordagem mais eficaz para o controlo de problemas relacionados com o peso, promovendo maior perda de peso que aquando do envolvimento da criança no processo terapêutico<sup>54,55</sup>. Os autores não adiantam possibilidades explicativas para estes resultados, mas o estigma social eventualmente associável à participação no processo terapêutico bem como a representação (e atribuição de significados) que a criança possa construir do mesmo podem ser factores relevantes para a compreensão dos resultados.

## **Os avós na intervenção familiar**

A maior parte dos estudos transgeracionais analisam a influência genética dos pais nos filhos, sendo poucos os que integram uma abordagem mais ampla de transgeracionalidade, nomeadamente com a inclusão dos avós. Alguns estudos, utilizando amostras regionais, de menores dimensões, revelaram que a pré-obesidade infantil está associado à obesidade dos avós<sup>56,57</sup>.

O único estudo de base populacional que relaciona o excesso de peso na infância com o excesso de peso em avós foi conduzido em 2008, nos Estados Unidos da América. A amostra incluía 1573 crianças, com idades compreendidas entre os 5 e os 19 anos, em que os IMC dos pais e dos avós estavam caracterizados. O estudo mostrou haver uma maior prevalência de pré-obesidade nas crianças quando um dos antecessores (pais ou avós) tinham também pré-obesidade. Quando ambos os antecessores apresentavam pré-obesidade, a prevalência de excesso de peso nas crianças era ainda maior, sugerindo-se assim um efeito cumulativo da transgeracionalidade de carga ponderal excessiva<sup>58</sup>.

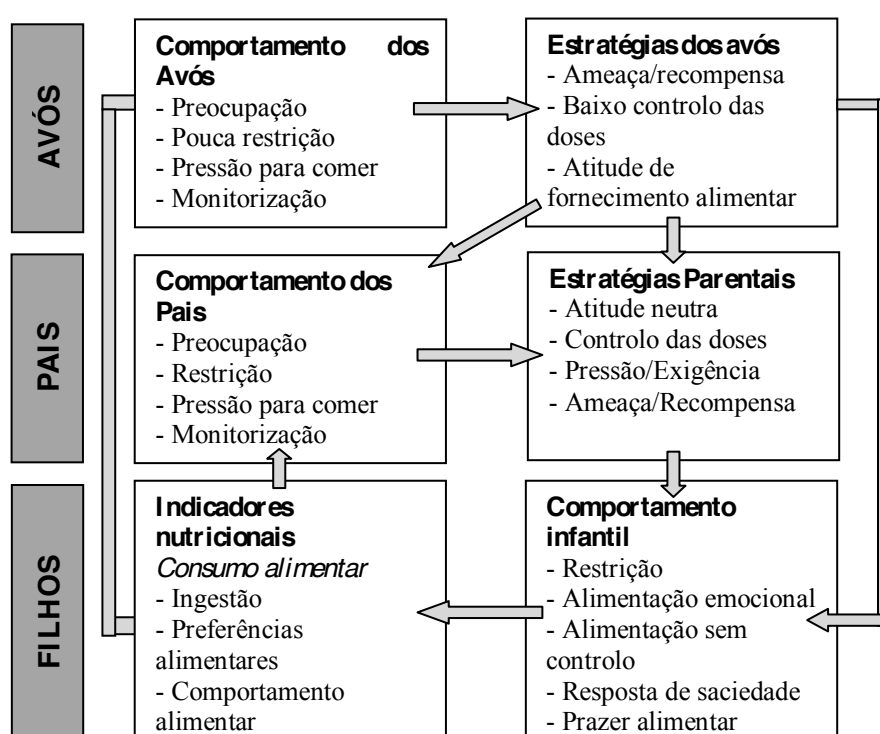
A associação entre a obesidade dos avós com o excesso de peso infantil, especialmente em famílias de pais normoponderais, gera questões adicionais acerca dos mecanismos transgeracionais de obesidade. Uma das limitações destes estudos transgeracionais consiste em conseguir informação de famílias em que avós residem com os netos bem como em conseguir dados exactos sobre os eventuais períodos de tempo de co-habitação (idades da crianças e duração da “exposição” ao papel

educativo dos avós) ou ainda sobre os papéis dos avós no cuidado das crianças, fundamental para uma análise adequada do ambiente, mais ou menos obesogénico<sup>6,58</sup>.

Domínguez-Vásquez et al<sup>16</sup> sugerem um modelo de interações entre o comportamento dos avós e respectiva obesidade, como factores de interferência no peso e comportamento dos netos através dos pais das crianças, mesmo que esses pais apresentem peso normal (ver Figura 1). Assim como é também plausível que a predisposição genética para a obesidade possa variar através destas três gerações<sup>6,58</sup>.

O estudo de Jiang et al<sup>57</sup> sustenta a hipótese dos avós serem fundamentais na produção de um ambiente obesogénico para os netos. Os autores verificaram que dificuldades sociais e económicas vividas em épocas anteriores, que originaram situações de carências alimentares, favorecem a crença, nos avós, de que o cuidar das crianças seja sinónimo de alimentá-las muito, originando um excesso de exposição alimentar. É portanto aceitável assumir que o padrão alimentar dos avós também actue no emergir da obesidade, especialmente em crianças geneticamente predispostas. Este estudo refere também que os avós oferecem alimentos hipercalóricos como recompensas de bons comportamentos, o que tendencialmente aumenta a preferência pelos alimentos restritos<sup>35,46</sup>. Assim, pode haver alguma dissonância entre os discursos alimentares dos pais e avós: enquanto alguns pais entendem o excesso de peso nos filhos como sendo um problema, os avós podem acreditar que as crianças com excesso de peso são felizes, fortes e saudáveis. Esta

dualidade de critérios pode tornar confusa, para a criança, a noção do que é saudável e do que é patogénico, podendo também ser um factor de insucesso em intervenções para perda de peso sem inclusão de pais e avós (especialmente nos casos em que estes últimos vivem com os netos). É possível que avós com maiores graus de instrução possam ser mais receptivos às mensagens de educação alimentar, embora mais evidência seja necessária para suportar esta hipótese<sup>57</sup>.



**Figura 1:** Interações transgeracionais de comportamento alimentar (adaptado de

Domínguez-Vásquez et al)<sup>16</sup>

## Objectivos

A finalidade deste estudo foi a de conseguir informação mais aprofundada acerca dos ambientes obesogénicos em ambientes rurais, proporcionados por duas gerações familiares, pais e avós. Ou seja, numa abordagem mais complementar, o objectivo do estudo foi o de avaliar o potencial contributo da transgeracionalidade não genética no comportamento alimentar das crianças e, associado a este, da obesidade. Para o efeito, procurou-se identificar variáveis determinantes do excesso do peso, tais como a) os hábitos alimentares das famílias, (b) as percepções de hábitos alimentares inter-geracionais, (c) as crenças em torno do conceito de alimentação saudável, ou (d) estilos de controlo alimentar por parte dos pais e avós. Sistematizando, com base na finalidade deste estudo os objectivos gerais são os de:

- Caracterizar prevalência de pré-obesidade e obesidade entre as crianças e adolescentes do concelho de Santana, na Região Autónoma da Madeira
- Caracterizar os mecanismos transgeracionais não genéticos de hábitos alimentares no mesmo concelho.

Como objectivos específicos propôs-se:

- Identificar eventuais diferenças de prevalência de excesso de peso e obesidade entre crianças e adolescentes de sexo diferente do concelho de Santana.
- Caracterizar as crenças sobre hábitos alimentares de pais, avós e filhos.
- Caracterizar estilos parentais relacionados com a alimentação na educação dos filhos/netos.

É de salientar que estes objectivos foram delineados numa lógica de pensamento exploratório e descritivo. Ou seja, visaram a criação de conhecimento novo, permitindo uma atitude de descoberta, centrando a produção de resultados com base no discurso produzido pelos participantes<sup>59</sup>.

## **Métodos**

### **Desenho do estudo**

Este estudo é do tipo descritivo, transversal, observacional. Seguiu uma abordagem mista, quantitativa (na primeira fase da investigação) e qualitativa (numa segunda fase da investigação).

### **Recolha de dados**

Este estudo decorreu entre Janeiro de 2010 e Setembro de 2010. A recolha de dados para a fase quantitativa aconteceu entre Janeiro a Julho de 2010 enquanto a segunda fase (qualitativa) decorreu nos dias 16 e 17 de Setembro de 2010.

### Fase 1

Trata-se da componente quantitativa do projecto. Seguiu um desenho transversal e observacional, descritivo com componentes de análise estatística inferencial. Nesta etapa, foi feita a avaliação antropométrica da totalidade (censos) dos estudantes da Escola B+S Bispo D. Manuel Ferreira Cabral.

Todos os alunos da escola foram submetidos a uma avaliação antropométrica, tendo-lhes sido medido o peso e a altura para posterior cálculo do Índice de Massa Corporal. Os alunos responderam também a uma entrevista, no contexto da qual foram recolhidos os seguintes indicadores: (a) idade da criança, (b) habilitações literárias dos pais (definidos por 1- 4º ano; 2 – 6º ano; 3 – 9º ano; 4 – 12º ano; 5 – Bacharelato; e 6 – Licenciatura) e (c) tempo de convivência (semanal) com os avós. O tempo de convivência com os avós era definido por tempo (em horas) que conviviam por semana com os mesmos, sendo posteriormente recodificado em: (1)

inferior a 3 horas por semana, (2) entre 3 a 6 horas por semanas, (3) entre 6 a 10 horas por semanas, 3 (4) mais de 10 horas por semana.

A recolha dos dados foi feita durante as aulas de Educação Física. Desta forma as crianças estavam mais aptas para a adesão ao estudo, sem interromper outras aulas, de carácter mais formal e passivo. Outra das vantagens de avaliação durante as aulas de Educação Física é o facto das roupas utilizadas pelos alunos serem mais leves.

## Fase 2

Nesta etapa do projecto, seguiu-se uma abordagem qualitativa. A técnica de recolha de dados escolhida foi a de *focus groups* (grupos focais). Trata-se de uma técnica de recolha de dados que implica um grupo de discussão, incluindo 4 a 12 pessoas, conduzido por um facilitador (moderador) durante o qual os membros participantes da reunião são incentivados a expressarem-se de forma livre e espontânea acerca de determinado tópico, ou seja de uma discussão “focalizada”.

É um método qualitativo e o seu propósito é o de obter informação mais aprofundada de conceitos, percepções e ideias acerca de determinado tema. Estas reuniões permitem aumentar a compreensão acerca de conceitos, que não se restringem à interacção de uma pergunta/resposta directa<sup>60</sup>.

Esta técnica tem sido muito utilizada nas ciências sociais e humanas, nomeadamente na área do marketing (para, por exemplo, perceber como desenvolver e promover novos produtos e serviços) e, principalmente no último quarto de século, com o objectivo de estudar formas de melhorar programas e

serviços de saúde, bem como a vivência com, e a gestão pessoal de, diversas condições de saúde.

Os *focus groups* têm como vantagem a possibilidade de obter respostas criativas e dinâmicas em grupo (o momento de recolha de dados mimetiza as situações normais de interacção social). Permite também obter informação mais rica que a obtida através de entrevistas individuais, uma vez que os indivíduos interpretam os fenómenos e agem com base na interacção com outras pessoas<sup>61</sup>. Nesta perspectiva, os *focus groups* têm maior validade ecológica (i.e., reproduzem ambientes mais naturais); níveis mais profundos de conhecimento (que surgem pela partilha de perspectivas diferentes). Não é presumida a obtenção de qualquer consenso. O *focus group* promove um ambiente em que a revelação das ideias ao grupo é encorajada. O papel do moderador (e do co-moderador, quando incluído) é guiar o grupo, de forma neutra, através de um conjunto determinado de temas de discussão. A dinâmica de grupos que resulta deste método faz com que uma ideia que poderia ser expressa em dois minutos numa entrevista individual possa resultar numa discussão de vinte minutos sobre os seus detalhes. Destacam-se algumas das características dos *focus groups* que determinaram a escolha desta técnica para o presente estudo bem como os cuidados tidos aquando da recolha dos dados:

- Combina vantagens de duas outras formas de recolha de dados qualitativos (observação participante e entrevista), incluindo ainda a utilização de técnicas de dinâmica de grupo<sup>62</sup>.
- É especialmente útil quando o fenómeno em estudo é pouco conhecido e/ou quando as relações interpessoais têm um papel relevante no objecto de estudo;

- A escolha dos participantes nos *focus groups* é feita com base nas características dos mesmos (por exemplo, sexo, idade, nível de experiência com o objecto de estudo, etc.) que se prevê serem importantes, por influentes, no modo como o participante interpreta e avalia o fenómeno em estudo;
- Os participantes nos *focus groups* são pessoas que têm alguma semelhança entre elas no que se refere à sua relação com o objecto/fenómeno em estudo (p.e. o convívio da família com os avós ou a junção de famílias de crianças obesas); podem incluir-se pessoas que já se conhecem, o que funciona como facilitador da dinâmica do grupo, evitando-se no entanto a inclusão de elementos com relações de poder entre eles, visto tal mistura poder impedir a livre expressão de opinião.

No presente estudo, cada *focus group* foi conduzido por uma equipa (um moderador e um co-moderador). O moderador tem um papel decisivo para o sucesso da discussão. Esta tarefa implica boas capacidades de comunicação (em especial, treino em escuta activa e em reflexão empática), neutralidade e sensibilidade relativamente às questões em discussão, e capacidade em explorar um tópico no sentido de conseguir uma discussão mais aprofundada. O co-moderador, especializado na área de conhecimento em estudo (neste caso, obesidade infanto-juvenil e transgeracionalidade não genética), contribui para a promoção da dinâmica de grupo, incentivando elementos mais passivos a participarem. No caso em concreto, auxiliou também o moderador quanto à compreensão de alguns regionalismos linguísticos.

A condução dos *focus groups* seguiu um formato semi-estruturado, sendo colocadas aos participantes perguntas abertas mas obedecendo a um guião previamente definido (Anexo I).

Em função das características específicas de cada grupo e dos objectivos específicos de cada *focus group*, o guião-base foi adaptado de forma a promover uma discussão ampla mas delimitada aos temas em questão e sem desvirtuar os objectivos do estudo.

Os *focus groups* foram realizados nas instalações da escola de pertença dos alunos (Escola B+S Bispo D. Manuel Ferreira Cabral). Foi criado um espaço livre na sala, de forma a garantir a disposição em círculo dos participantes, moderador e co-moderador, sem obstáculos entre os mesmos.

Cada grupo focal teve uma duração média de quarenta minutos, oscilando entre os trinta e cinco e os sessenta minutos.

Cada *focus group* foi registado em vídeo e áudio, para facilitação de posterior transcrição e análise de conteúdos.

No total, foram realizados 7 *focus group*, implicando a participação de 11 famílias seleccionadas, com critérios pré-definidos, a partir da amostra constituída na fase 1. Em três das famílias seleccionadas participaram também os avós, e cinco eram famílias de alunos obesos. Num total participaram 24 indivíduos, incluindo avós, pais e filhos.

## **Amostragem**

Na fase quantitativa do estudo, foi realizada uma amostragem censitária. Ou seja, foram avaliados todos os alunos da Escola. A recolha de dados foi distribuída por vários dias, tendo sido iniciada em Janeiro e terminada em Junho de 2010.

Os alunos avaliados encontravam-se em distintos anos de escolaridade (do 5º ao 12º ano) ou em cursos de educação e formação para jovens: CAB (Agricultura biológica), CAC (Assistente Comercial), CTD (Técnico de Design), MET (Técnico de Metalomecânica), TMI (Técnico de Máquinas Industriais).

O investigador teve acesso ao horário escolar da totalidade das turmas, assim como a listagem de alunos de cada turma, para posterior esquematização das avaliações. Os alunos foram então avaliados durante as aulas de educação física. Para o efeito, com a ajuda dos professores, os alunos eram avaliados, em sala separada do resto da turma, em grupos de 2 a 3 alunos para avaliação (a restante turma permanecia em aula). Aquando do término da cada avaliação os alunos regressavam à aula e eram substituídos por outro grupo, até completar a avaliação à turma.

Cada avaliação foi dividida em duas áreas, a) a da avaliação antropométrica (avaliação do peso e da altura) que foi elaborada por um especialista colaborador, licenciado na área da Educação Física e Desporto; b) a entrevista estruturada (por questionário de perguntas fechadas) face a face, através do qual os alunos respondiam às restantes questões relacionadas com as habilitações literárias dos pais e número de horas de convivência semanal com os avós. Esta área foi avaliada por um especialista na área da Dietética e Nutrição (a autora desta dissertação).

Importa referir que todos os alunos avaliados se mostraram cooperantes. Alguns alunos faltaram à aula de educação física. Aquando destas faltas, quer por justificação de doença ou outros motivos não específicos, não foi tentada outra avaliação por dificuldade na logística e disponibilidade dos avaliadores.

A deficiência de ordem física ou motora que compromettesse a participação dos alunos nas aulas de educação física foi definida como critério de exclusão no estudo.

Para tratamento dos dados foram excluídos os alunos com idades superiores a 18 anos.

Na fase qualitativa do estudo utilizou-se uma amostragem intencional, não probabilística. A unidade amostral era a família (e não apenas a criança). Quanto aos critérios de inclusão, foram os seguintes:

- a) Crianças com obesidade com convivência semanal superior a 6 horas com avós
- b) Crianças sem obesidade com convivência semanal superior a 6 horas com avós
- c) Crianças com obesidade sem convivência com avós
- d) Crianças sem obesidade sem convivência com avós

Foram programadas 8 reuniões de *focus group*, sendo convidados a participar três famílias por cada *focus group*.

- a) 4 Reuniões compostas por três gerações: pais, avós e filhos
- b) 4 Reuniões compostas por duas gerações: pais e filhos

Assim sendo, o número total de indivíduos convidados a participar nas reuniões foi de 60.

Nesta fase (qualitativa), o primeiro contacto às famílias foi feito por via telefónica (dados fornecidos, mediante autorização prévia do Conselho Directivo), pelo Director da escola, um mês antes das datas previstas para execução das reuniões. Seguiu-se um segundo contacto telefónico para confirmação de presença, nos dias que antecederam as reuniões, tentando assim maximizar a taxa de comparência às mesmas.

### **População-alvo**

Os agregados familiares com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos, do ensino básico e secundário do concelho de Santana, da Região Autónoma da Madeira, foram a população-alvo do estudo.

O concelho de Santana, localizado na costa norte da ilha, apresenta uma população residente de 8277 indivíduos, segundo o anuário estatístico da Região Autónoma da Madeira de 2008 disponibilizado pelo INE (Instituto Nacional de Estatística). É constituído por seis freguesias, sendo Santana a sede de concelho. Esta região foi seleccionada para o estudo uma vez que apresenta características geodemográficas que implicam grande proximidade familiar e agregados familiares de grandes dimensões.

Para melhor compreensão da taxa de cobertura da população do concelho, foram pesquisados indicadores demográficos relativos ao número de crianças nascidas entre 1992 e 2000, ou seja, a faixa etária dos alunos que actualmente frequentam a escola. Os dados na tabela 1 foram fornecidos pelo Centro de Saúde do concelho (SESARAM – Serviço de Saúde da R.A.M.).

**Tabela 1:** Crianças nascidas entre 1992 e 2000 no concelho de Santana. (Adaptada de dados fornecidos pelo Centro de Saúde de Santana: SESARAM)

		Masculino	Feminino	Total
<b>Concelho Santana</b>	<b>Arco</b>	12	15	27
	<b>Faial</b>	70	58	128
	<b>Santana</b>	151	140	291
	<b>São Jorge</b>	65	62	127
	<b>Ilha</b>	12	8	20
	<b>Totais</b>	310	283	<b>593</b>

## Amostra

A amostra do estudo corresponde ao censo de alunos da Escola B+S Bispo D. Manuel Ferreira Cabral. Estes alunos apresentam idades aproximadamente compreendidas entre os 10 a 18 anos.

Esta escola é a única escola Básica e Secundária do concelho, o que facilitou a obtenção de uma amostra representativa da população (do grupo etário em estudo) do concelho.

## **Análise dos dados**

### Fase 1 do estudo: análise estatística

Na primeira fase do estudo procedeu-se inicialmente a uma análise estatística descritiva das variáveis demográficas e antropométricas. Para a análise inferencial, foram utilizados os testes de qui-quadrado, para o estudo de associação entre variáveis nominais (com correcção de Yates quando aplicável), e o *t-student* para comparação de médias entre duas amostras independentes. Aquando dos testes estatísticos, o nível de significância utilizado foi de  $\alpha=0.05$ . Toda a análise estatística foi feita com o SPSS 17.0.

### Fase 2 do estudo: análise de conteúdo

Os *focus groups* foram gravados em áudio e vídeo. Os conteúdos assim registados foram transcritos por uma única pessoa (e autora desta dissertação), de forma exhaustiva, seguindo normas de transcrição pré-definidas (Anexo II).

O *corpus* (base de dados constituída por todo o *verbatim* produzido ao longo dos *focus groups*) foi posteriormente sujeito a análise de conteúdo, enquanto técnica de análise específica para discurso oral<sup>63</sup>.

A análise dos conteúdos foi feita segundo o método temático de codificação e interpretação<sup>62</sup>. O conteúdo de cada *focus group* foi segmentado de acordo com categorias de opinião e crenças acerca dos hábitos alimentares das famílias e transmissão cultural inter-geracional. Para o efeito, o corpus foi dividido em unidades de significado, de acordo com a técnica de codificação aberta linha a linha de Charmaz<sup>64</sup>. A grelha de codificação pode ser consultada no Anexo III. De seguida,

cada unidade de significado foi classificada de acordo com categorias da análise de conteúdo, inicialmente definidas com base no guião dos *focus groups* (variáveis empíricas). No entanto, e por emergência da própria análise, foram criadas novas categorias, pelo que o conjunto final de categorias não se limitou aos temas incluídos nos guiões. Numa segunda fase da análise, os conteúdos de todos os *focus groups* foram agrupados, de acordo com as categorias comuns, em dimensões temáticas. Por fim, os dados de todos os *focus groups* foram analisados como um todo, de forma a permitir uma análise holística dos mesmos.

### **Aspectos éticos do estudo**

Tendo como princípios subjacentes proteger e respeitar os sujeitos, bem como não causar qualquer dano aos participantes no estudo, a recolha de dados foi precedida por:

a) Uma autorização formal ao Director Regional da Educação representante da Secretaria Regional da Educação e Cultura da Região Autónoma da Madeira, e de seguida do Conselho de Administração da Escola em causa, através de envio de carta e respectivo protocolo de investigação. O processo apenas teve início mediante aprovação dos mesmos.

b) Após obtenção de parecer favorável pelo órgão competente ao referido pedido, todos os participantes foram informados dos objectivos e âmbitos do estudo, bem como das contrapartidas e contributos futuros que deste advirão.

A confidencialidade dos dados foi garantida a todos os participantes, e foi-lhes explicado que a gravação das entrevistas tinha por único objectivo a transcrição e

análise dos dados, no âmbito exclusivo dos objectivos do estudo. Antes do início de cada *focus group*, foi pedida a leitura atenta e subscrição de um consentimento informado (Anexo III).

A essência dos *focus groups* enquanto técnica de recolha de dados passa pelo respeito das diferenças de valores e experiências de todos os participantes e pela neutralidade dos investigadores (abstenção de aplicação dos seus valores e perspectivas às ideias dos participantes no estudo). Assim sendo, a condução dos *focus groups* foi feita de forma a garantir que toda e qualquer opinião tivesse o maior respeito por parte de todos os participantes.

Foi garantido aos participantes dos *focus groups* e às entidades responsáveis que protegeram o estudo (Secretaria Regional da Educação e Cultura e Escola em causa) uma divulgação dos resultados com sumário executivo do estudo.

## Resultados

### 1. Caracterização demográfica da amostra

Dos 454 alunos avaliados, 4 alunos foram eliminados do estudo por possuírem, na altura da recolha de dados, idade superior a 18 anos. Sendo assim, a nossa amostra apresenta uma dimensão de 450 alunos.

Como podemos avaliar pela tabela seguinte, 48% da amostra é do sexo feminino e os restantes 52% são do sexo masculino. As crianças com 13 anos são as mais prevalentes, na escola (19%).

**Tabela 2:** Distribuição das variáveis sexo e idade.

Idade	10		11		12		13		14		15		16		17		18		Total % n
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	
<b>Rapariga</b>	31	34,9	14	31,1	20	37,04	30	35,3	26	34,2	23	34,9	34	47,2	26	38,81	12	25	<b>48%</b> <b>n=216</b>
<b>Rapaz</b>	22	65,1	20	68,9	22	62,96	42	64,7	36	65,8	28	65,2	22	52,8	24	61,19	18	75	<b>52%</b> <b>n=234</b>
<b>Total da amostra</b>		14%		10%		12%		19%		17%		15%		16%		15%		11%	

Segundo as listagens fornecidas pela escola, dos 537 alunos que estão inscritos na disciplina de educação física, 454 foram avaliados versus 85 alunos que não foram avaliados (por não corresponderem aos critérios de inclusão ou por terem faltado às aulas, nos dias de recolha dos dados). A taxa de participação no estudo foi de 84,6%.

Quanto à taxa de cobertura relativamente à população total do concelho, e tendo em conta dos dados apresentados na tabela 1 (fornecidos pelo Centro de Saúde local), a mesma corresponde a 75,9%. Importa no entanto, salientar que esta taxa não será exacta, devido a efeitos migratórios da população. Nem todos os alunos que frequentam a escola nasceram no concelho e, por outro lado, alguns dos que nasceram já não estão a residir no concelho.

Quanto à caracterização da escolaridade dos pais (tabela 3), verificou-se que, tanto nas mães como nos pais, o grau de escolaridade mais frequente era o 4º ano (41,5% e 50,5% respectivamente), sendo que graus mais elevados de escolaridade, como a licenciatura, eram pouco frequentes (4,7% das mães e 1,3% dos pais).

**Tabela 3:** Escolaridade dos pais dos alunos avaliados.

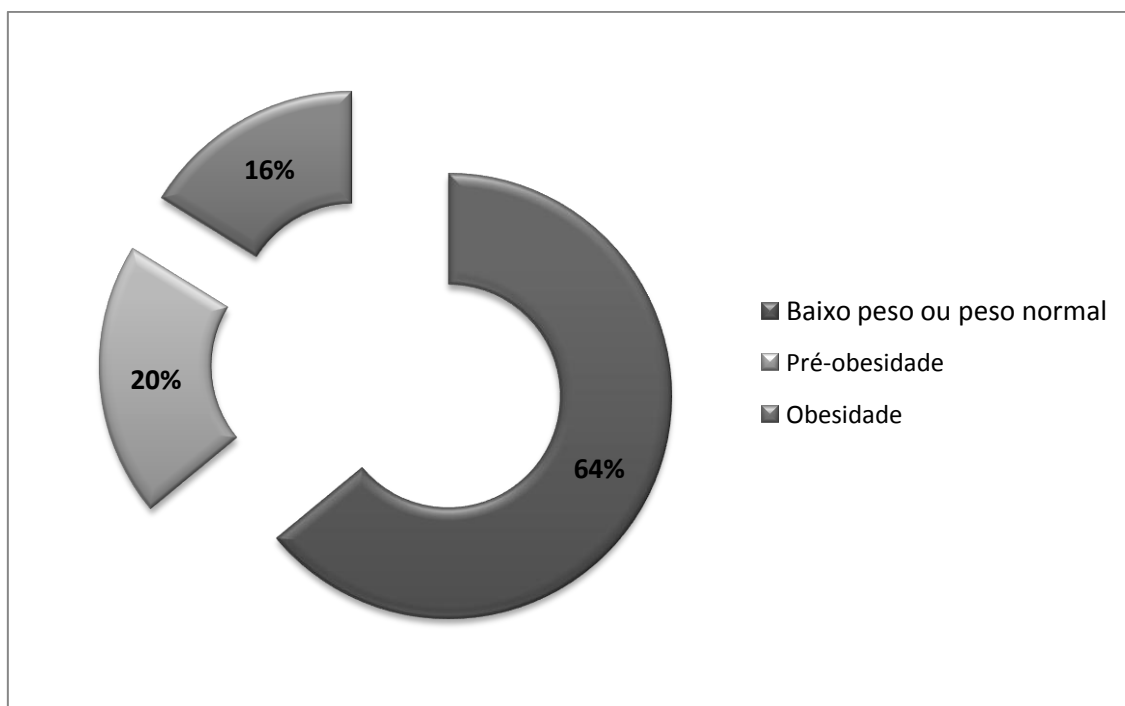
	Mães %	Pais %
Não sabe; Sem escolaridade	4,8	6,1
4º Ano de escolaridade	41,5	50,5
6º Ano de escolaridade	26,5	25,0
9º Ano de escolaridade	13,8	12,1
12º Ano de escolaridade	8,3	4,1
Bacharelato	0,2	0,7
Licenciatura ou mais	4,8	1,5
Total (n = 450)		

## 2. Prevalência da obesidade entre alunos da escola

### 2.1 Caracterização antropométrica da amostra (IMC)

Após recolha dos dados antropométricos (peso e altura), calculou-se o IMC (determinado pela divisão do peso do indivíduo pelo quadrado da sua altura, sendo o peso definido em quilogramas e a altura em metros)<sup>65</sup> de cada criança, e recorreu-se à recodificação desta variável em categorias, através valores de corte apresentados por Cole et al<sup>66</sup>.

Em relação à somatometria, dos 450 alunos 64% apresentava baixo peso ou peso normal, 19,8% apresentava pré-obesidade e 16,2% obesidade (gráfico 1).



**Gráfico 1:** Caracterização IMC da amostra.

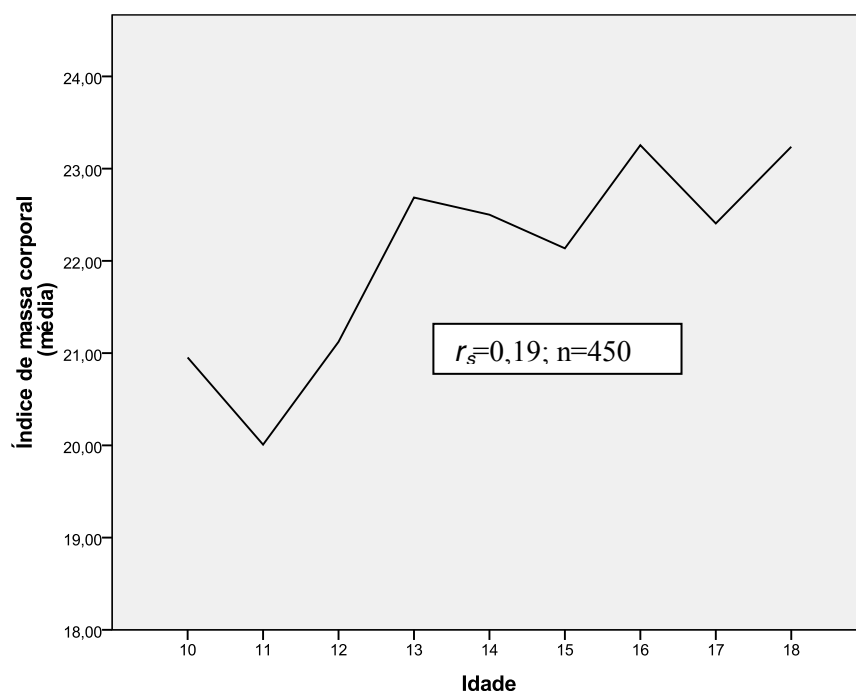
O valor máximo de IMC encontrado entre a amostra foi de 39,27 e o mínimo de 14,65. A média de IMC da amostra é de 22,12 com um desvio padrão de 3,88.

### **Caracterização por género**

As raparigas apresentaram uma percentagem de obesidade de 16,7%, versus os 15,8% de obesidade entre os rapazes. Também para a pré-obesidade os valores apresentados nos rapazes era inferior (18,4% versus os 21,3% nas raparigas) justificando uma maior frequência de peso normal e baixo peso entre os rapazes (65,8% versus 62%).

## Caracterização por idades

Como se pode ver no gráfico da figura 2, foi encontrada correlação significativa (coeficiente de Spearman) entre a idade e o IMC.

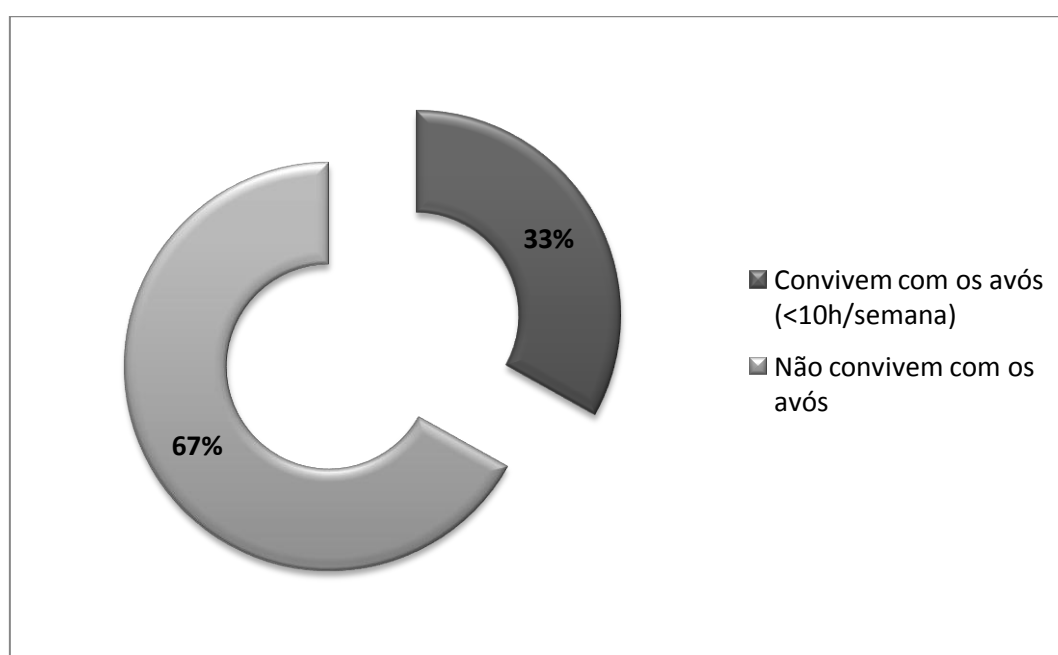


**Figura 2:** Média do IMC por idade do aluno

Entre os 10 e 12 anos de idade (pré-adolescência), as crianças apresentaram a mesma percentagem de pré-obesidade e de obesidade (23,3%), sendo os restantes 53,5% normoponderais. Já nas crianças com idades compreendidas entre os 13 e 18 anos de idade, a percentagem de obesidade foi de 13,4% e a de pré-obesidade de 18,4%. A maioria dos alunos com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos eram normoponderais ou apresentavam baixo peso (68,2%).

## 2.2 Caracterização em convivência com os avós

Foi definido como critério de “conviver com os avós”, mais de 10 horas por semana, ou seja, de aproximadamente 1h30 por dia da semana. Como se pode ver no gráfico 2 cerca de um terço dos alunos avaliados (33,11%, n=149) convivia regularmente com os avós.



**Gráfico 2:** Caracterização em convivência dos avós.

## 2.3 Associação entre obesidade e convivência com os avós

Os alunos que convivem com os avós apresentaram maiores valores de obesidade (18,1%) comparativamente com os alunos que não conviviam com os avós (15,3%). Quanto à pré-obesidade, os alunos que não convivem com os avós apresentaram valores semelhantes aos alunos que convivem com os avós (19,9% versus 19,5%

respectivamente). Assim sendo, os alunos que não convivem com os avós apresentaram maior percentagem de IMC para peso normal ou baixo peso (64,9% versus os 62,4%) (tabela 4).

Foi executado o teste qui-quadrado para avaliar a concordância da associação entre o convívio dos avós e a obesidade dos netos. Apesar dos valores estatísticos encontrados, não existe associação significativa entre a obesidade dos netos e a convivência com os avós.

Foi procurada uma associação entre ter obesidade e a convivência com os avós para os diferentes sexos. Tanto nas raparigas como nos rapazes, não foi encontrada associação entre estas duas variáveis (valores de p superiores a 0.05).

Como vimos, as idades dos alunos foram divididas em duas faixas, dos 10 aos 12 anos (ou seja, pré-adolescentes, alunos do 2º Ciclo, 1ª Fase), e dos 13 aos 18 anos (adolescentes, alunos do 2º Ciclo, 2ª Fase). Para nenhuma das faixas etárias foi encontrada associação entre a obesidade e o convívio com os avós (ao nível de significância 0.05).

Também não foi observada associação significativa entre as diferentes categorias de IMC dos netos e a convivência dos avós, quer para a amostra total de adolescentes, quer para cada um dos sexos.

Da mesma forma, também não foi encontrada associação entre as categorias de IMC e a convivência com avós para cada um dos grupos etários considerados.

**Tabela 4:** Prevalência das categorias de IMC entre os que convivem regularmente e os que não convivem regularmente com os avós

		Peso baixo ou normal	Pré-obesidade	Obesidade	Total
Não convive regularmente com avós	n	195	60	46	<b>301</b>
	%	64,9%	19,9%	15,3%	<b>33,1%</b>
Convive regularmente com avós (>10h/semana)	n	93	29	27	<b>149</b>
	%	62,4%	19,5%	18,1%	<b>66,8%</b>
<b>% Total</b>		<b>64,0%</b>	<b>19,8%</b>	<b>16,2%</b>	

### 3. Resultados dos *focus groups*

Dos 60 indivíduos convidados a participar, 27 intervieram no estudo. A taxa de participação nesta fase qualitativa foi de 45%.

Foram realizados 7 *focus groups* cuja composição é descrita na tabela seguinte:

**Tabela 5:** Composição dos *focus groups*

<i>Focus groups</i>	Mãe	Pai	Avó	Rapaz		Rapariga		
				S/Ob	Ob	S/Ob	Ob	
1	2			1		2		
2	2			2				
3	1						1	
4	1	1			1		1	
5	1		1				1	
6	1		1			2		
7	2		1	1	1			
<b>Totais</b>	10	1	3	4	2	4	3	
Total de participantes							27	

Das 11 famílias, contou-se com a participação de 3 avós (10 mães, 1 pai, e 13 crianças (entre os 10 e os 15 anos de idade). Verificou-se também que as crianças foram mais acompanhadas pelas mães que pelos pais às reuniões. Participaram 7 crianças obesas e 6 crianças normoponderais.

Os dados apresentados neste capítulo resumem a análise de conteúdo (Anexo IV) elaborada a partir da transcrição destes 7 *focus groups* (Anexo V). O texto foi organizado de forma a salientar os tópicos que foram abordados pelos participantes (segundo orientação do moderador, com base no guião do *focus group*), recorrendo ao discurso directo dos mesmos (*verbatim*) para ilustrar cada ideia registada. Em parêntesis, são indicados o número do *focus group* e as linhas do mesmo de onde foram extraídos os extractos aqui apresentados.

Os resultados foram organizados em 5 dimensões com as respectivas categorias:

#### 1– Hábitos alimentares

1. Organização das refeições da família
2. Preferências alimentares, alimentos mais típicos.
3. Caracterização alimentar das famílias.

## 2- Educação alimentar

1. Os pais na educação alimentar das crianças
2. Os avós na educação alimentar das crianças

3 – Percepções de hábitos alimentares inter-geracionais

4 - Crenças acerca do conceito: alimentação saudável

5 – Recomendações externas para uma alimentação saudável

### **3.1 Hábitos alimentares**

Desta dimensão fazem parte as intervenções que dizem respeito aos hábitos alimentares das famílias, organizadas em três categorias distintas (organização de refeições em famílias, preferências alimentares, alimentos mais típicos, caracterização alimentar das famílias).

#### **3.1.1 Organização das refeições em família**

Esta categoria refere-se ao modo como as famílias se organizam para conduzirem a sua alimentação diária.

#### **O pequeno-almoço**

Todos os alunos referem ingerir um pequeno-almoço. É uma refeição que nem sempre é acompanhada pela família, ou seja, a figura paterna não é relatada como presente e a mãe ou avó (caso co-habitem) é quem tem responsabilidade de preparar a refeição para a criança. Aparenta ser uma refeição em “correria”, onde a prioridade é “alimentar” as crianças. Alguns pais referem, ou não ingerir o pequeno-almoço com os filhos (em casa) ou fazê-lo apenas com “qualquer coisa” (p.e. um iogurte) para posterior compensação no meio da manhã já no local de trabalho.

(Mãe) *“É sempre a correr, sempre na correria.”* (FG6, 14)

(Mãe) *“Levanto-me às 7h30 da manhã. Só como no local de trabalho. (...) É mesmo assim, trabalha-se primeiro e a seguir então (...).”* (FG7, 26)

(Mãe) *“Se eu for trabalhar, como um iogurte e depois vou comer às 10h. Como de manhã a partir das 7h30 eu não tomo café em casa. Já às 10h posso comer o pão.”* (FG2, 192)

Foram citados vários alimentos para composição do pequeno-almoço como por exemplo: pão, cereais (açucarados e não açucarados), torradas, leite (com café, achocolatado ou simples), iogurte, ovos e até sopa. Verificou-se uma propensão para que o pequeno-almoço dos pais seja diferente do dos filhos. Os pais não referem ingerir cereais ao pequeno-almoço e mais frequentemente optam pelo pão com café com leite. Os avós presentes referiram repetir o comportamento dos pais.

A fruta é poucas vezes referida como componente do pequeno-almoço, à excepção dos fins-de-semana ou quando os pais têm mais disponibilidade de tempo.

*(Mãe) “Às vezes é cereais, às vezes é pão, às vezes é fruta. Depende. Agente também gosta muito de kiwi, e quando eu tenho tempo, quando tenho tempo, descasco e eles comem! Uma rodelinha a cada um. Ou laranjas! Depende, depende do tempo (...) que agente acorda”.* (FG2, 195-197)

Ao fim-de-semana os pais preparam um pequeno-almoço mais completo em variedade, e transformam esta refeição num convívio familiar.

### **O almoço**

Ao almoço as famílias aparentam estar dissociadas durante a semana. No entanto, pela proximidade do local de trabalho dos pais à escola dos filhos algumas famílias permitem-se a almoçar em casa, todavia não são a maioria.

As mães e pais almoçam habitualmente no seu local de trabalho (levam de casa ou vão a um refeitório ou restaurante) e as crianças seleccionam dentre as várias opções: almoçar na escola, no refeitório ou no bar; almoçar num restaurante; ou deslocarem-se a casa e ingerirem o que foi preparado de véspera (ou no dia) pela mãe ou avó (caso co-habitem).

*(Mãe) “(...) normalmente eu faço o jantar, sempre fica mais um bocadinho que é para deixar para o almoço.”* (FG2, 16,17)

(Mãe) *“Eu deixo no prato e ele aquece no microondas. E nos dias que ele tinha aulas o dia todo, come na escola.”* (FG2, 21,22)

(Pai) *“À noite a minha mulher é que faz o comer. Depois ao horário de almoço eu chego a casa (...) Aqueço o comer que foi feito à noite. Depois à noite, se houver tempo, faz-se novamente comer para o jantar, que sobra para o almoço do dia seguinte.”* (FG4,4-6)

(Mãe) *“(...) Às vezes o dia todo, almoça aqui na escola, mas como ele não gosta muito do comer da escola, come fora e quando sai à uma então vai para casa e deixo algo pronto lá e então ele come em casa.”* (FG4,12-14)

(Mãe) *“(...) Tenho que me levantar para fazer almoço, às vezes deixo preparado.”* (FG1, 91)

Mesmo que as crianças tenham capacidades para preparar as suas refeições, quando vão a casa (e não têm a refeição pronta) optam por opções mais rápidas como por exemplo sandes.

(Filha) *“Sim, sandes. Era o que tinha à mão.”* (FG3, 96)

O horário de trabalho dos pais, o horário escolar dos filhos e o tempo disponibilizado pela família é o que parece definir existir ou não almoço em família. As mães tendem

a almoçar nos seus locais de trabalho, sendo mais comum os pais e os filhos almoçarem em casa.

Quando as crianças têm horário escolar completo, ou seja, têm aulas todo o dia podem optar pelo refeitório da escola. Esta escolha é maioritariamente feita pelas crianças mais novas, enquanto as mais velhas preferem o bar da escola ou sair da escola e seleccionar um restaurante nas proximidades.

(Mãe) *“Quando come no bar é só um pedaço de pão, por isso às vezes prefiro que ele coma fora. Ao menos come qualquer outra coisa.”* (FG4, 51-52)

(Mãe) *“É, pode ir ao take away, às vezes come hambúrguer (...), depende, porque não gosta de comer na escola.”* (FG4, 16,17)

Como acontece com o pequeno-almoço, quando os pais têm mais tempo disponível (p.e. fins de semana ou férias), estes preparam refeições mais elaboradas e variadas.

(Mãe) *“Faço mais jantares, só ao domingo não, quando estou em casa faço almoço. Ou quando estou de férias, faço almoço e jantar, mas normalmente eu já faço o meu jantar e já fica para o almoço.”* (FG2, 17-19)

(Mãe) *“Por exemplo, no fim-de-semana, o comer é diferente, mais relaxado, mais isto mais aquilo (...).”* (FG4, 206,207)

Quando as famílias co-habitam com os avós, por vezes estes assumem o papel de preparação das refeições, permitindo a ida a casa para a refeição ao horário de almoço.

### **O jantar**

O jantar é referido por muitas famílias como a única refeição que é feita em família, ou seja, adquire um carácter de maior convívio.

(Filho) *“O almoço (...) às vezes estou mais sozinho, depois ao jantar é sempre juntos.”* (FG1, 80)

(Mãe) *“É onde estão todos a mesa.”* (FG2, 169)

Por isso, as refeições em agregado dependem intensamente do horário de trabalho dos pais.

A maioria dos participantes referiu preparar diariamente o jantar. Esta refeição é geralmente constituída por um prato completo ou por sopa. A sopa é um elemento bastante consumido e sempre referenciado por ser de fácil execução.

(Mãe) *“Fazemos uma sopa, qualquer uma coisa, (...) um bacalhau ou se coze arroz, esparguete, depende se tiver muito trabalho (...). A sopa é mais fácil.”*  
(FG1, 23,24)

(Mãe) *“É. Para mim a sopa é mais rápida de fazer (...).!”* (FG1, 26)

Como para as outras refeições do dia, o jantar também tende a ser composto por alimentos de rápida execução, sendo os de preparação mais demorada adiados mais uma vez para os fins-de-semana.

(Mãe) *“Para fazer um jantar ou um almoço mais recheado, só pode ser ao fim de semana ou quando tá-se também (...).”* (FG1, 26, 27)

Existem famílias que em vez de prato composto optam por ingerir alimentos de preparação mais rápida ao jantar.

(Mãe) *“Algumas coisas, (...) Mesmo agora nas férias, eu trabalho, e às vezes, como chego a casa às nove, às nove não apetece jantar. Nós desenrascamos qualquer coisa, comemos pão, tostas, ou (...) Eu já chego cansada, então comemos qualquer coisa. Então, se eu tiver tempo (...) ainda ontem fiz arroz para ele, uma coisa rápida, ou faço, massa ou arroz branco ou omelete, ou arroz de tomate. Essas coisinhas. Coisinhas simples e ele gosta.”* (FG4, 79-83).

## **Os lanches**

Durante o período escolar as crianças entre as refeições principais lancham na escola, por exemplo, a meio da manhã e no primeiro intervalo da tarde. Regra geral os alunos referem lanchar, ou por vezes não o fazem preferindo utilizar esses horários para conversar com os colegas.

(Filha) *“Na escola, não me dá muito para comer, nem às vezes tenho tempo. Porque no bar, aquilo enche bastante. Nos intervalos aquilo é uma fila enorme e às vezes nem todos conseguem. E às vezes os intervalos são de vinte e as vezes são só dez. Nem todos conseguem comer, e ainda por cima agora tem duas filas e mesmo assim nem todos conseguem. E também aqui na escola não dá muito para comer. Agente quer é estar uns com os outros. Não é para comer.”* (FG5, 65-70)

O bar da escola é o sítio de eleição para ingerir esta refeição. Foram poucos os alunos participantes que citaram transportar o lanche de casa para a escola.

(Filha) *“O bar da escola só para os lanches”.* (FG3, 81)

(Filha) *“Só os lanches (...) nos lanches maiores. Temos lanches de dez minutos e depois tempos de vinte, e aos vinte às vezes lanchamos.”* (FG4, 25,26)

Dentre as ofertas alimentares apresentadas no bar que os alunos referem consumir para os lanches encontra-se as seguintes variedades: sandes, pão, bolos de leite ou *croissants*.

(Filho) *“ Tem croissants, sandes e eu como isso.”* (FG1,111)

(Filha) *“Como é (...) bolos de leite.”* (FG6, 50)

Independentemente de os alunos terem ou não feito um lanche na escola, a maioria narra chegar a casa no final do dia de aulas a sentir bastante fome, sendo este o horário onde ingerem maior quantidade de alimentos. Não aparenta haver programação da composição nutricional deste lanche por parte das famílias.

(Mãe) *"Porque eles têm o lanche (...) às vezes o lanche é cedo, e depois quando chega tarde a casa, às 7h e tal já vai com fome."* (FG7, 145,146)

(Filha) *"Ah depende, da fome. Se eu abro o frigorifico e tem alguma coisa que eu quero, como."* (FG5,78)

(Mãe) *"Às vezes quando chegam da escola, agente pode arranjar um lanchinho para elas, (...)."* (FG7, 145, 146)

Como seria de esperar as famílias não têm disponibilidade para partilhar estas pequenas refeições em conjunto. Aparente

Aparentemente se as crianças lancham imediatamente após chegarem a casa geram um menor apetite para a refeição seguinte, que é o jantar. Este dado é referido pelos pais como factor preocupante, pelo receio da redução da ingestão adequada das quantidades de alimentos que foram programadas para os seus jantares.

(Mãe) *"Não, quando ela chega não há. Por isso eles comem, fazem cereais (...) Claro que depois também chega ao jantar e eles comem menos."*

*Depende do que eles comerem (...) o que eles comem na hora (...) mas claro que eu prefiro que eles comam, o jantar, a refeição toda. (...) E quando estão em casa, já são grandes, e estão sempre a ir buscar para comer". (FG5, 85-89)*

### **3.1.2 Preferências alimentares, alimentos mais típicos.**

Esta categoria refere-se às preferências alimentares e alimentos mais consumidos tipicamente pelas famílias participantes no estudo.

Foram numerados vários alimentos como sendo os preferidos para o pequeno-almoço e lanches, sendo os mais comuns: a) o pão, torrado ou não e com queijo ou fiambre ou manteiga ou marmelada; b) cereais, que podem ser açucarados ou não (p.e. cornflakes, estrelitas, chocapic, etc.); c) bolachas, geralmente ingeridas com manteiga; e d) bolos. São ainda consumidos alimentos como: e) leite, com ou sem café ou chocolate; f) iogurtes; e g) ovos mexidos ou fritos. A fruta não é relatada como preferida/utilizada para o pequeno-almoço.

*(Mãe) "O pequeno-almoço, já é um de cada vez. Por isso eles fazem torradas, ou fritam ovos, quando (...) fiambre se tiver ou uma fatiinha de queijo (...) manteiga (...) mais cereais." (FG1, 86-89)*

*(Mãe) "Também é mais ou menos. De manhã, faz-se o cafezinho, pão, ovos, depende, queijo." (FG1, 60,61)*

(Mãe) *“Ele gosta mais de cereais com leite.” (...) Cornflakes ou estrelitas ou qualquer coisa.”* (FG4, 43-45)

(Mãe) *“Agente tenta evitar, para não ficar gordinhos. Ela gosta de comer, é pão demais. Eu tento cortar (...).”* (FG6, 236-238)

(Filho) *“Às vezes tem assim 2 iogurtes, às vezes eu como os 2, e depois a tarde eu fico com um bocadinho de fome, e não tem nada para comer eu vou ao frigorífico e vejo a marmelada. Eu peço à minha avó pão com marmelada.”* (FG6, 220-222)

(Avó) *“Olha, é pãozinho, às vezes é bolo com uma coisinha de leite ao pequeno-almoço. E se tiver um coisinha de manteiga (...) às vezes aquela cá, eu como o pão assim e depois ela põe-se a reinar comigo. E eu digo às vezes: “Quem é assim, é assim”. Não digo sempre, uma vez por outra agente põe uma coisinha de queijo ou uma coisinha de manteiga. Também não se pode sacrificar o corpo em tudo.”* (FG7, 59-63)

Para as refeições principais como almoço e jantar, os pratos são maioritariamente compostos por a) carne (vaca, galinha, porco, coelho) e b) arroz ou massa ou batata (semilha). Algumas famílias referiram ainda consumir saladas ou legumes como maçarocas, abóbora, cenoura, feijão, pimpinela, feijão verde, entre outros. Estes alimentos são bastante utilizados para confeccionar a sopa, muitas vezes elemento central da refeição da semana.

(Mãe) *“É variado. A massa, arroz ou então a semilha como se chama aqui, para o jantar faço sempre sopa. (...) Eu especialmente faço mais sopa. Eu duas a três vezes por semana faço.”* (FG 2, 52-54)

(Avó) *“Quando ela vem a minha casa (...) a sopinha tá boa! A sopinha da avó.”* (FG5, 4)

Estes produtos referidos, são alimentos de fácil acesso visto ser um meio rural com grande disponibilidade de produtos provenientes da agricultura.

A sopa é muitas vezes acompanhada de pão ou de bolinhos (pequenos pães compostos de farinha, leite e ovos que são fritos). Muitas famílias consomem sopa como refeição principal e regra geral todos os pais disseram ser um alimento predilecto, em contraste, algumas crianças referiram não gostar de sopa.

(Mãe) *“Então a sopa com o pão, ou aqueles bolinhos que se costuma fazer na frigideira com farinha, ovos e leite.”* (FG1, 52,53)

Seguem alguns exemplos de pratos referidos pelas famílias como os preferidos:

(Mãe) *“A batata frita é o preferido da canalha. É bom, é bom. Eu faço, eu também não vou (...) não faço todos os dias, pode levar uma vez por mês. (...) Uma coisa é ferver e fica cozido como agente faz, acho mais gostosa, mas se eles gostam fritadas eu faço!”* (FG1, 145-147)

(Filho) “(...) *esparguete com batata frita e bife.*” (FG1, 283)

(Avó) “*Especialmente se for batatinhas fritas.*” (FG7, 290)

(Filha) “*Massa com natas, com galinha.*” (FG6, 145)

(Mãe) “*Elas gostam mais é de massas. Massa à bolonhesa, esparguete à bolonhesa. É o que não se deve.*” (FG6, 147,148)

O consumo de peixe é reduzido, não pela disponibilidade, mas pela preferência alimentar por outros alimentos.

Algumas crianças referiram não apreciarem a ingestão de fruta.

Os sumos aparentam estar entre géneros alimentícios preferidos, tanto das crianças como dos pais.

(Mãe) “*Por exemplo na hora do jantar e do almoço, elas gostam de sumo. Eu acho que devia ser era água. (...) Laranjada.*” (FG6, 206;210)

(Mãe) “*Por exemplo, sumos com gás, de certa marca. Eu não posso ver uma coca-cola em casa fria, porque eu (...).*” (FG4, 512,513)

(Avó) “*Agora ele tem é que (...) se apanhar sumo já se sabe. Sumos cá então é com ele. Ele dá cabo de uma garrafa. Coca-cola não, é uma coisa que não vem a casa. Mas se tiver assim outros sumos, tanto faz se Laranjada, seja com gás ou sem gás, vai tudo.*” (FG7, 218, 221)

Muitos pais referiram ser “boa boca” e que os seus filhos também o eram. Algumas vezes a vasta preferência alimentar foi justificada pela pouca disponibilidade alimentar que os pais e avós tiveram e pelo modo que as crianças foram educadas quando eram mais novas, sendo expostas a todos os tipos de alimentos.

(Pai) *“Esta é boa boca, ela come tudo.”* (FG4, 225)

(Mãe) *“Era boa boca. Os tempos eram diferentes.”* (FG5, 13)

(Avó) *“Mas ela também era boazinha (...) ela ajudou, ela ia mais eu. Eu acostumei-a assim (...) no palheiro (...) punha-lhe lá uma bolachinha, e tirava o leite, ela acordava e bebia. Bebia, comia a bolachinha até dormir. Era assim. (...) Eles antes comiam de tudo. Mas não havia isto, não havia aquilo. Era leitinho de vaca, mas depois eles acostumam.”* (FG5, 14-17)

(Mãe) *“As crianças, como é que eu explico?! A falar com eles, por exemplo os meus filhos comem tudo o que está no prato, foram ensinados desde pequeninos. Desde bebé não é por não gostar disto que deixava, insistia até ao fim. Que até o próprio médico disse: “um dia, eles não morrem à fome.” (...) A minha filha também não gostava de papas e agora come. Vai do hábito desde pequenino.”* (FG2, 62-66)

A elaboração de doces, como sobremesas, bolos, pudins, não foram exaustivamente referidos tendo sido referenciados como alimentos consumidos “de festa a festa”.

### 3.1.3 Caracterização alimentar das famílias

Esta categoria pretende caracterizar algumas tendências alimentares em família e crenças acerca do controlo que estas exercem sobre as crianças.

O dia-a-dia das famílias é bastante atarefado, havendo necessidade de existir uma certa organização para a realização de um dia alimentar “correcto”. Sob estas condições a qualidade das refeições tende a não ser prioridade. As famílias justificam estes comportamentos devem-se à influência do estado psicológico exausto que os pais/avós apresentam quando estão em casa no final do dia de trabalho. Estes factores têm implicações nos hábitos alimentares das crianças, ou seja, na sua educação alimentar.

*(Mãe) “Chego a casa as quatro horas, geralmente ponho uma máquina de roupa a lavar e depois faço o jantar. Depois vou apanhar as outras à escola às seis e meia, e vimos para casa jantar. Isto quando saio as três. Mas quando a minha colega está de férias, ou por algum motivo. Saio as cinco e meia, tenho (...) anda não anda, agente chega tarde. Agora no inverno é mais complicado (...) depois tomar banho, dormir, para vir no outro dia de manhã, eu penso que também não se faz como se devia fazer”. (FG3, 250-255)*

*(Pai) “Depende, aí sinceramente, depende se estamos com alguma disposição no fim do dia para controlar, controlamos. Outros dias já chegamos de tal maneira cansados, que se te apetece hoje para mim está bem (...) não*

*estamos para mais uma vez falar, não vale a pena. Depende dos dias, de como nós estamos psicologicamente.” (FG4, 280-283)*

*(Mãe) “Algumas coisas, (...) Mesmo agora nas férias, eu trabalho, e às vezes, como chego a casa às nove, às nove não apetece jantar. Nós desenrascamos qualquer coisa, comemos pão, tostas, ou (...) Eu já chego cansada, então comemos qualquer coisa”. (FG4, 26)*

Estes agentes implicam que diariamente seja exercido um reduzido controlo, ou controlo inadequado, para a educação alimentar dos filhos. As crianças tendem a dominar os seus dias alimentares, especialmente quando têm mais idade.

*(Mãe) “Quando eram mais pequenos (...) aí eles comiam muito bem, era sopa, era tudo. Agora já têm os seus próprios gostos, e não querem não comem. Antes se eu punha ele comiam.” (FG4, 293,294)*

*(Mãe) “Por exemplo saladas. Elas dizem que não gostam e eu acho que não, acho que elas têm que aprender. Muitas vezes se eu deixar elas vão todo o dia para a televisão e não comem. Basta apanharem guloseimas (...) às vezes é assim, quer dizer, agente peca por pôr e por não pôr. Porque eu às vezes, eu não tenho nada em casa, não, não vou comprar, mas depois chega a casa alguém e eu não tenho nada.” (FG3, 217-221)*

*(Mãe) “Se eu volto as costas eles vão em cima.” (FG2, 139)*

Por vezes os pais reflectem pouca dedicação ao pensamento da organização do dia-a-dia alimentar da família.

Os avós têm um papel importante na alimentação dos netos, sendo muitas vezes um elemento central na família quando a mãe trabalha ou está ausente, aquando da co-habitação dos mesmos. Quando os avós não habitam com a família, há convívio com estes durante as férias ou fins-de-semana.

*(Avó) “Porque às vezes, ela vai trabalhar, se ela entra as 7h30, na altura da escola eu tenho que chamar por ele, porque (...) senão, a mãe já está no trabalho e não pode faltar ao trabalho. Portanto, eu tenho que me levantar primeiro do que ele.” (FG7, 17)*

Quanto à aprendizagem de hábitos culinários as crianças tendem a aprender com a figura feminina mais presente, ou seja, a mãe, a avó ou alguém bastante próximo da família, como por exemplo, uma tia. As primeiras confecções alimentares são preparações bastante simples, ou seja, que impliquem pouco manuseamento de equipamentos e poucos riscos de segurança. Usualmente os alimentos primeiramente preparados são os fritos, o que implica a confecção precoce de alimentos hipercalóricos.

*(Filho) “Eu sei fazer café, chá e fritar sementes.” (FG1, 191)*

*(Filha) “Eu só sei fazer ovos.” (FG1, 189)*

(Avó) *“Ah, ele sabe fazer. (...) Ele chega a casa, (...) já aconteceu, chega a casa e vejo uma trabalhadeira desgraçada (...) E ele come um prato daqueles. Só aquilo, só assim.”* (referência às batatas fritas) (FG7, 292-297)

(Filho) *“Fritar um ovo.”* (FG7, 299)

(Avó) *“Aqui há dias eu cheguei e vejo ele ao pé do fogão, e ele “eu vou para aqui, eu vou passar um ovo à frigideira”. (...) Já lhe disse não se faz isso: baixa-se o fogão, o fogo, e quanto mais alto o ovo, mais vai respingar, e depois queima.”* (FG7, 301-303)

Não é aparente existir qualquer tipo de preocupação com a família acerca da qualidade nutricional das confecções das crianças, a principal preocupação é a segurança das mesmas na cozinha.

Foram poucos os grupos focais que manifestaram prévia reflexão acerca das perguntas que lhes foram feitas. O que pode reflectir que muitos comportamentos alimentares feitos em família, são automáticos e gerados pelo hábito e não pela preocupação/repercussão acerca dos benefícios/malefícios que poderiam advir dos mesmos.

## 3.2 Educação alimentar

### 3.2.1 Os pais na educação alimentar das crianças

Esta categoria refere-se aos estilos de controlo que são exercidos pelos pais para a educação alimentar da criança.

Os pais interferem nas escolhas alimentares de casa, decidindo que alimentos devem comprar e como devem ser confeccionados. No entanto, estas escolhas alimentares sofrem diversas dinâmicas, por exemplo, as crianças podem não interferir nas escolhas dos alimentos ou por sua vez, os pais requisitam aos filhos sugestões alimentares para as refeições, baseados nas suas preferências alimentares. A escolha final remete sempre para os pais, que ainda têm em conta os alimentos que têm disponíveis em casa.

(Mãe) *“Há algum comer que ele gosta menos, mas come. Não posso fazer tudo o que gosta, há coisas que ele gosta mais que ele come, mas há coisas que ele gosta menos, mas come! Tem que comer.”* (FG2, 91-93)

(Filha) *“A minha mãe pergunta o que agente quer e às vezes (...).”* (FG6, 150)

(Filha) *“Mas depois a mãe liga (...) ao pai e depois eles decidem.”* (FG6, 152)

(Mãe) *“Agente vê o que tem na arca, para ver para cozinhar. Às vezes eu pergunto o que é que elas querem, para dar uma ideia. Às vezes uma pessoa faz um prato e “ah, não gosto disto”.* (FG6, 154-156)

Foi expressa ainda uma preocupação com o que as crianças ingerem ao almoço na escola, para que não haja repetição da refeição ao jantar.

(Mãe) *“Eu acho que é mais saudável. A semana passada na reunião da minha filha, (...) os comeres são bastante variados, e são saudáveis. Às vezes eu tento não acertar o mesmo comer que é comido na escola. Por exemplo, um dia que façam milho. “Outra vez milho! Comi milho na escola”.* (FG2, 343-346)

Quanto à selecção dos produtos alimentares no supermercado, algumas famílias parecem dedicar as compras a produtos mais saudáveis. Outras referem comprar alimentos hipercalóricos, quer por insistência dos filhos quer por hábito, ou seja, sem reflexão prévia do que estão a adquirir.

(Mãe) *“Às vezes. Agente vai no supermercado, ele quer é chocolates, chocolates. Então aí eu digo: “Não! Leva outra coisa, mas não chocolates, chocolate faz mal aos dentes”.* (FG5, 56,57)

(Mãe) *“Mas depois quando não estamos com ele, (...) nas compras “ah é só uma vez”, é comprar um bocadinho de batata frita. (...) Comprar aquele bocadinho como ele queria.”* (FG4, 203, 204)

(Mãe) *“É assim, chocolates, eu não compro. (...) Não compro. Não é o hábito, porque há pessoas que vão ao supermercado e “ah eu vou levar um chocolate ou”. Eu prefiro então comprar os iogurtes, ou a fruta, ou as coisas mesmo que (...) Levo o leite, os iogurtes, e a fruta. (...) Se elas pediram e isso, pronto eu compro-lhe um chocolates, mas mais depressa eu compro um gelado para depois do jantar agente comer um bocadinho (...) que é o que agente engorda mais. Faz-se tipo sobremesa, mas chocolates nunca foi (...).*  
(FG6, 194-200)

(Mãe) *“Por exemplo, batatas fritas, bolachas, eu tento não comprar com creme. Mas de vez em quando elas pedem.”* (FG3, 225-227)

Algumas famílias referem que a escolha de produtos alimentares saudáveis no supermercado é complexa. Existem bastantes dúvidas acerca da leitura dos rótulos e por vezes a falta de tempo que têm para dedicar às compras, faz com que o impulso ou o preço prevaleça para a escolha dos produtos.

(Mãe) *“Não, é assim! Eu tenho ido a várias, várias, formações, aliás, eu trabalho no centro de saúde, no centro de dia, do centro de saúde, é no mesmo edifício. E sempre falo alguma coisa, mesmo com as nutricionistas.*

*Mas por exemplo, a nível dos cereais eu tenho muitas dúvidas, porque é assim, eu compreendo que quando eu vou comprar eu preciso de ler, só que agente vai tanto a correr. Eu por exemplo, tenho um problema agora com as pequeninas, elas só querem comer Estrelitas. Eu sei que aquilo não é bom, mas eu pergunto tantas vezes, quais são os cereais que devo comprar! Porque até o ideal era ler todos mas eu não tenho tempo. Sinto (...) o meu maior problema é o tempo.” (FG3, 321-327)*

Muitas vezes os pais justificam as compras de alimentos hipercalóricos com a eventualidade de “aparecerem visitas em casa”. Quando há oferta destes alimentos em casa, as crianças têm fácil acesso às mesmas. Mesmo que exista restrição por parte dos pais, estes referem não “controlar”, não podendo evitar a ingestão dos mesmos. Os pais referem que as crianças não “resistem” à ingestão dos alimentos, e que por sua vez eles mesmos reproduzem este comportamento de não restrição.

*(Mãe) “Basta apanharem guloseimas (...) às vezes é assim, quer dizer, agente peca por pôr e por não pôr. Porque eu às vezes eu não tenho nada em casa, não, não vou comprar, mas depois chega a casa alguém e eu não tenho nada.” (FG3, 219-221)*

*(Mãe) “Porque (...) às vezes eles pedem, as visitas, e às vezes também me apetece a mim. Agente pensa nisso.” (FG4, 194,195)*

(Mãe) *“Porque lá está, tivemos que cortar nas compras para não ter em casa, porque se tivesse em casa desaparecia.”* (FG4, 510, 511)

Outra das estratégias que os pais tentam adoptar para evitar o consumo de alimentos hipercalóricos é restringi-los aos fins-de-semana.

(Mãe) *“Só dou ao fim de semana. Às vezes durante a semana posso dar, batatas fritas, eu evito dar durante a semana, às vezes eu evito ter em casa.”*  
(FG2, 134,135)

Durante as refeições é muito usual os pais exercerem um controlo manifesto, ou seja aplicarem uma “insistência para comer”.

(Mãe) *“Às vezes na minha casa eles têm que comer, se não, pode avançar (gesto de bofetada). Às vezes posso ralar, mas quando não passo na varinha mágica eles têm que comer, são obrigados a comer.”* (FG1, 297,298).

(Mãe) *“Não. Nós fazemos para todos. Só que é assim, elas para comer é um inferno. Nós muitas vezes temos que meter na boca.”* (FG3, 212,213)

(Mãe) *“Eu às vezes, obrigo eles a comer, porque eu vejo se eu estou-lhe a dar é que faz bem. Não lhe dou uma coisa que faça mal (...) Às vezes não gostam, mas comem. E depois às vezes, depois de provar gostam, por isso!*

(...). *Talvez se não tivesse insistido ela hoje em dia ainda não comia alface.*”

(FG5, 33-38)

(Mãe) *“Não, mas pronto. Havia coisas que ela via os outros comer, às vezes também queria. E então as vezes ela dizia que não gostava e isso tudo, portanto insistia-se. Quando eu vejo que é uma coisa que não lhe faça mal. Tipo os chocolates, aí já não insistia.”* (FG5, 46-48).

Além do método de “pressão para comer”, alguns pais referem não substituir as refeições que são expostas às crianças, e que estas rejeitam *à priori*, por outras mais “saborosas” e que as crianças aceitem ingerir. Assim, insistem para que a criança ingira a refeição que lhe foi exposta.

(Mãe) *“Não, eu nunca substituí. Porque é assim, o pediatra dizia quando eles são pequeninos, ensina-se de pequeninos eles a comer. Por exemplo, ele não gosta de papas, não senhor, vai passar fome, ou um biberão de leite, que ele gosta. Ele gosta do biberão, para a próxima vez que eu fizer as papas, ele vai-me pedir igual, porque ele sabe que eu vou-lhe dar leite. E então, agente insiste, até um dia, até ele comer. E eu fiz isso, mais que uma vez.”* (FG2, 112-116).

Existem ainda famílias que apresentam um método mais permissivo, sem exercer pressão para a alimentação. Justificam a permissividade de várias formas, ou por impaciência, por não quererem gerar aborrecimento entre as crianças, ou porque

eles próprios não consomem. Geralmente este comportamento reflecte-se mais vezes perante a exposição aos alimentos saudáveis (p.e. saladas, verduras, cereais integrais, etc.)

(Mãe) *“Oh, se calhar deixava andar. Não insistia muito.”* (FG3,172)

*“(Mãe) Tentando corrigir, mas é assim, eu sinto que se eu pressionar muito (...) quer dizer ela também fica chateada não é!? Que eu digo, Liliana (...) e ela claro fica chateada.”* (FG3, 166, 167)

(Mãe) *“Muita coisa. Só que eu (...) e deixo muito eles comerem o que querem. Porque não obrigo muito eles a comerem verduras, a comer (...) e então, para eu ficar a comer verduras, têm que comer puré e eu obrigar: “Não está aí, tens que comer”. (...) Verduras, um prato de vaginha, um prato de alface, raramente ele come. E pouco, porque eu também não estou muito habituada a isso, e o pai tão pouco.”* (FG4, 136-140)

Para outras refeições como os *snacks* o controlo é não manifesto, ou seja, é feito de forma indirecta no sentido de tentar que não haja exposição ao alimento para evitar a ingestão do mesmo. Este controlo indirecto é justificado muitas vezes pela ausência dos pais a estas refeições intermédias.

(Pai) *“Também temos optado por essa tática, porque é a única hipótese, não vamos trancar a pequena no quarto.”* (FG4, 192,193)

(Mãe) *“A única coisa que é para resolver isto, é não comprar. É não comprar! Porque se compro tal coisa, e quando chego e pensa que há, já não há. E diz ele, “não compraste?””. É verdade, ele diz” E em casa, muitas coisas têm sido eliminadas, é para não comprar.”* (FG4 189-191)

(Pai) *“Porque é assim, por exemplo, antigamente as mães não trabalhavam, as mães estavam em casa, podiam controlar o que escolhiam. Agora não, agora trabalham os dois (...) mas trabalhando os dois, quem é que está em casa com os pequenos?”* (FG4, 194-199)

Como já vimos anteriormente o estilo de vida dos pais é uma barreira ao correcto controlo alimentar dos filhos. Muitas das escolhas alimentares são feitas num cenário de impaciência por parte dos pais ou de escolhas alimentares mais rápidas e práticas. Hoje em dia até em meio rural, além dos pais serem cada vez mais ausentes, existe também bastante disponibilidade alimentar de produtos hipercalóricos (em restaurantes ou supermercados de fácil acesso).

(Pai) *“Com o ritmo do trabalho, a pessoa chega a casa, se for a mulher que tem mais jeito para a cozinha e ta cansada, chega ali, não lhe apetece fazer isto, aqui temos comida com muita facilidade, então pede-se uma pizza, vai uns hambúrgueres. E aqui em Santana, não é preciso ir para o Funchal”.* (FG4, 392-395)

(Mãe) *“Não, (...) às vezes se eu for trabalhar, eu chego à noite e ele já comeu.”* (FG7, 284)

(Mãe) *“E essas coisinhas assim (...) e outro problema é que eu faço comer só para ele, o meu marido não come em casa, eu não como em casa, eu vou fazer um prato de comida só para ele?! Está percebendo. Então ele remedeia-se (...) faz qualquer coisa.”* (FG4, 146-148)

Além da qualidade alimentar, outro dos problemas mais frequentes é a quantidade alimentar ingerida pelas famílias. Esta também é uma preocupação dos pais que tentam solucionar estratégias para controlar ou reduzir as quantidades ingeridas pelos filhos. Estes tendem a utilizar referências de quantidades aos filhos para que estes possam ter percepção do que devem ingerir, no entanto a aplicabilidade do controlo, não parece surtir resultados reais.

(Pai) *“Nós pensamos que (...) de maneira de tentar passar a mensagem, no caso da Mónica, que é preciso comer, o que couber no pires, num prato mais pequeno (...) num prato mais pequeno, de sobremesa. É o que ela tem, se tiver cuidado (...) portanto o que couber no prato já chega. Agora, (...) passar a mensagem às vezes não está a chegar lá. É complicado.”* (FG4, 274-278)

(Mãe) *“Eu tiro para o prato dela. Eu não tiro tanto, da primeira vez, pelo menos do prato, porque eu já sei que ela a seguir vai pedir.”* (FG6, 240-241)

No entanto, a maior parte das famílias não referiu qualquer cuidado com a quantidade de alimentos que eram ingeridos pelas crianças. Declarando, por vezes, ser esse o problema para o pré-obesidade ou obesidade hoje em dia.

(Mãe) *“Ele que arranja o prato dele.”* (FG2, 270)

(Mãe) *“Eu tiro, e quando a comida (...) ele gosta mais, ele repete.”* (FG2, 274)

(Mãe) *“Então ela sempre come, mesmo que não seja muito. Ou então bebe um copo de leite.”* (FG6, 164,165)

(Mãe) *“O problema não (...) como é que eu hei-de explicar. O problema de agente engordar, é que agente não come só (...) como se diz (...) come-se é (...) em vez de ser pouco, come-se é bastante. É bastante quantidade. Talvez seja, por exemplo, fruta, agente sabe que a fruta faz bem, mas agente não come só uma maçã, come duas, três. Temos a mesma (...) por isso é que às vezes agente não sabe se orientar.* (FG6, 109-113)

Muitas vezes os pais expõem utilizar para a educação alimentar dos filhos o método explicativo. A conversação durante as refeições ou mesmo o esclarecimento de determinados conceitos alimentares foi referida por algumas famílias.

(Mãe) *“Ensinando a eles (...) prontos. Ensinando a eles que o que agente come-se eles também comem. Ensinamos a comer aquilo que faz bem. Não só fritos, nem como muita gente costuma (...) mais só à base de fritos, mas tipo a hamburga, batata frita, e as vezes refrigerantes também faz mal (...) não sempre ... refrigerantes faz mal.”* (FG1, 201-204)

(Pai) *“Tem que se falar, tentar explicar não é? Os pais têm isto assim, não queiras ficar como os pais (...) dar o exemplo. Tentar fazer uma alimentação variada e tentar explicar que quando ela está sozinha, não pode fazer aquilo, não pode ir as bolachas, não pode ir aquilo. Porque senão o pior é dela (...) e mais tarde, vai ter problemas que nos estamos a ter. E nós estamos a tentar que ela não os tenha, mas depende dela (...) mas ela está tanto tempo sozinha, tem que ser ela a controlar. Nos só podemos dar pistas, para ela trabalhar sozinha (...) e tem que se ir falando, mas é a tal coisa, se falarmos sempre tem o efeito contrário.”* (FG4, 444-450)

(Mãe) *“Eu acho que falar às vezes também é bom. Eles não aprendem sozinhos, e não vai a professora dizer uma coisa uma vez e ele memorizar. Eles para aprenderem a tabuada têm que praticar muitas vezes, então é igual (...) e dizer, e hoje e amanhã. E um dia, (...) Depois de sair e de ir para aqui e estar em casa só (...) Quero que ele aprenda, pela saúde e por isto.”* (FG4, 451-454)

Muitas famílias referiram que o método expositivo de conceitos deveria continuamente ser aplicado, no entanto, estão conscientes das limitações do método ou da não aprendizagem directa por parte das crianças.

### 3.2.2 Os avós na educação alimentar das crianças

Os avós apresentam um papel central nos hábitos alimentares das famílias, principalmente quando o convívio é elevado ou co-habitam, como foi o caso de algumas das famílias presentes nas reuniões.

Em nenhuma das famílias participantes no estudo, os avós aplicavam controlo alimentar às crianças. É aparente uma grande permissividade nas opções e escolhas alimentares das crianças quando estas convivem com os avós.

(Mãe) *“Tudo o que eu dou a elas, elas comem.”* (FG6, 108)

(Avó) *“Eles na minha casa, elas tomam café, mas se for preciso, vão as salsichas e vão (...).”* (FG6, 122)

(Avó) *“Não sei o que é que elas vão a procura.”* (FG6, 241)

(Avó) *“Bolachinhas e coisinhas que tiver em casa, então ele come.”* (FG7, 182)

Segundo discurso de uma avó, há preferência por crianças com mais peso. Consequentemente, preferência para que os seus netos também apresentem mais peso.

(Avó) *“Agente gosta de ver uma criança cheinha (...).”* (FG7, 375)

Este dado foi comum a outra geração. Uma mãe revela pouco conforto no facto da filha ser normoponderal, preferindo que esta apresentasse mais peso.

(MA2) *“Ela está bem. Só que ela é alta, se ela tiver mais um bocadinho não lhe ficava mal.”* (FG7, 237, 238)

As crianças percebem que podem obter dos avós alimentos que não estão habituados a consumir com os pais. Procuram nas diferentes casas que frequentam (avó, tia e mãe) alimentos que preferem, não havendo restrição nem controlo por parte da família.

(Avó) *“Às vezes posso fazer (...) um café, agora se gostam de salsichas, vão às salsichas.”* (FG6, 130)

(Mãe) *“Elas comem mais pão.”* (FG6, 215)

(Mãe) *“Elas vão lá, de vez em quando a avó, deixa-as comer.”* (FG6, 132)

Os pais por sua vez têm percepção do comportamento que as crianças adquirem com os avós, de maior consumo e maior permissividade, e não contrariam o efeito (nem com os filhos nem com os avós).

(Mãe) *“Pode às vezes se ele não gostar de sopa, pode ela arranjar outra coisa. Porque ela pensa: “Ah! Eles agora estão na escola e depois vão com fome e depois não tem dinheiro.”* (FG2, 144)

#### **4. Percepções de hábitos alimentares inter-geracionais.**

Desta dimensão pretende-se compreender as crenças acerca das modificações que as diferentes gerações sofrem com o passar das épocas em termos de hábitos alimentares.

Os pais referem que o seu pequeno-almoço quando eram crianças era distinto do pequeno-almoço dos seus filhos actualmente.

(Mãe) *“Se calhar já era o leite e pão. Papinhas não que eu não sou de papas. Era mais o leitinho, o pão. Na minha altura, era assim.”* (FG7, 109-110)

(Mãe) *“ (...) Era Nestum, papinhas Nestum de manhã, ou um copinho de leite, umas bolachinhas.”* (FG7, 106,107)

Com o passar dos anos os hábitos alimentares vão sofrendo alterações. Quando os avós tinham a idade dos seus netos o consumo de sopa era bastante mais elevado.

(Avó) *“Há coisas que sempre mudaram, antigamente fazíamos mais sopa (...) muito mais.”* (FG7, 348)

(Avó) “(...) *ah, havia café e pão, às vezes era uma sopinha que ficava (...) é verdade! Praticamente toda a gente fazia sopa a noite e ficava para outro dia, e aquilo quando aquilo havia muitos (...) Não havia como agora. Há 30 anos quase.*” (FG7,85-87)

(Avó) “*Naquele tempo, há anos atrás, eu sei lá o que é que (...). Eu lembro-me daquela sopinha, que eles diziam que era uma sopinha velha.*” (FG7,91,92)

(Avó) “*Agente tinha-se a nossa alimentação, mas no nosso tempo, era mais sopas, (...).*” (FG6, 281-282)

Os avós referem que existem hábitos que permanecem com o passar das gerações, estes podem ser receitas que são actualmente repetidas esporadicamente ou em épocas festivas.

(Mãe) “(...) *A amassar pãozinho também (...) e faço pão.*” (FG1,181)

(Mãe) “*Pronts, antigamente (...) também agente faz-se o que fazia antigamente.*” (FG1, 172)

(Mãe) “*Não sei se se lembra da carne do Natal? (...) Uma carne, que era de quando se matava o porco à noite, à noite costumava-se fazer aquela carne cozida na panela com cheiros.*” (FG1,227-228)

(Avó) *“Um licorzinho, umas broazinhas (...).”* (FG7,422)

Mas mais do que os hábitos que permaneceram, muitos mudaram com o passar das gerações. De entre as mudanças sentidas, a pouca disponibilidade de alimentar, várias vezes caracterizada pelas dificuldades financeiras das famílias, é bastante referida. O acesso do concelho de Santana a outras localidades era reduzido tendo as famílias que se alimentar de produtos que se apresentassem mais disponíveis, muitas vezes sendo elas próprias a os produzirem.

(Mãe) *“É o que lhe disse ele tinha coisas da terra, era semilha, era couves, era coisa, e antes muito mais rápido (...) aqui era mais rápido, eles trabalhavam com o corpo (...) era mais rápido, carne e coisas da terra, era mais rápido a sopa. Por exemplo, o peixe, ia ao mar pescar (...) pescar. E aí trazia o peixe, e tinham peixe em casa.”* (FG4, 266-269)

(Avó) *“Era assim. (...) Eles antes comiam de tudo. Mas não havia isto, não havia aquilo. Era leitinho de vaca, mas depois eles acostumam.”* (FG5, 14-17)

(Mãe) *“Pra já não havia tantas estradas, não havia nada.”* (FG1, 178)

(Filha) *“Também não tinha tanta coisa para comer.”* (FG6, 288)

(Mãe) *“Não, não, na altura ela também não podia dar. Era o que tinha em casa. Era o que havia era o que comia.”* (FG2, 253,254)

(Mãe) *“Eu cá dizia assim, gostas tem, não gostas comes o quiser. Se não tem não come. (...)”* (FG5, 23)

(Avó) *“Sim, (...) mesmo assim no meu tempo, agente já (...) Era os meus avós, os meus pais viviam na casa dos meus avós e eles tinham vacas de leite. E às vezes sempre acontecia uma vez por outra beber uma coisinha de leite, mas também era raro. Porque aqui também não havia e aquilo era para ele vender.”* (FG7, 94-97)

(Mãe) *“Não, não. Era mais sopas, era batatas, era saladas. Era o que havia. Porque na altura agente não tinha possibilidades.”* (FG3, 134,135)

Há uma referência para a explicação da necessidade de oferta e disponibilização alimentar que é sentida hoje em dia e que segue no sentido dos avós para os pais e conseqüentemente para os netos/filhos. Um pai refere que os seus avós experienciaram grandes necessidades alimentares no tempo em que eram jovens, o mesmo já não acontecendo com os seus pais, o que definiu o comportamento exacerbado de oferta alimentar (“pressão para comer”) que foi sendo aprendido entre gerações.

(Pai) *“eu penso que é assim, da parte da minha mãe, porque já não teve (...) portanto, naquela altura em que eu nasci, já na década de 60, já não tinham os problemas que eles tiveram na altura da segunda guerra e já havia mais alguma fartura, porque já não tinham que ir buscar o comerzinho, e com as*

*senhas de racionamento, e com histórias que uma pessoa vai ouvindo. E já não precisavam de fazer isso para eles já havia fartura! Embora houvesse dificuldades, para eles já havia fartura, e então (...) conseguiam fazer esse jeitinho aos pequenos, não é? E o que o meu irmão queria, davam! O que eu queria, davam! Eu percebi, pronto (...) nunca houve, nessas coisas eles iam facilitando porque não passaram o que tinham passado antes. E eu agora conhecendo, (...) havendo a facilidade que há de ter outra vida que eles não tiveram, e sabendo que de facto que eles fizeram mal comigo, tento corrigir de alguma maneira porque (...) agora ela estando sozinha em casa, vai assaltar a cozinha, já se sabe, não há hipótese (...) por isso é que as pessoas (...) não há batatas fritas de propósito.” (FG4, 177, 188)*

Os hábitos de confecção alimentar regular entre famílias parece também ter alterado. As famílias tendencialmente confeccionavam os alimentos de formas menos calóricas (p.e. com pouco consumo de alimentos fritos) e conviviam mais tempo à hora das refeições.

*(Mãe) “Eu penso que pronto! Agente tinha-se a nossa alimentação, mas no nosso tempo, era mais sopas, (...) não se tinha tanta carne, mas matava-se o porco pela festa, e agente matava-se o porco e não se ligava que a carne que era gorda. Matava-se e salgava-se e comia-se uma sopa que era com carne gorda e toda a gente comia. (...) e depois era pão de casa, e se tivesse carne, deitava-se carne a cozer (...) e era aquela carne gorda. E ficava aquela agua*

*da sopa, tudo comia, e ninguém dizia que não gostava. Agora ninguém come. Antes tudo comia.” (FG6, 281-287)*

*(Mãe) “Ah! Muita coisa, pra mim, acho eu! Pra já agente na casa dos meus pais não comiasse pães das padarias, era feito em casa. Também já isto é uma diferença. ...(...) Não havia fritos, ninguém fritava bife nenhum, nada, era tudo à base de cozidos. Também não havia muito peixe, era o porco de casa. Ninguém comprava, também não havia dinheiro. Havia os coelhos, as galinhas, as cabras (...) ... de molho, na panela para conservar. Não havia muito peixe, não havia dinheiro, (...) (FG1, 166-171)*

Estes dados parecem referir uma menor importância dada à alimentação por parte das famílias na época. A centralização das preocupações residia noutras causas, tal como a sobrevivência, sendo até que alguns alimentos quando consumidos eram reparados como “capricho” e não como uma necessidade válida.

Além da menor disponibilidade aos alimentos, a reduzida variedade alimentar existente antigamente também foi referida entre as famílias presentes nos *focus group*.

*(Mãe) “Sim, depois também é ter mais variedades, não é?. (...) Agente vai ao supermercado agente vê tanta coisa. Depois agente vai experimentando receitas também, sobremesas (...) penso que isso tem muito a ver.” (FG3, 141-143).*

(Mãe) *“A pessoa depois há outro ponto de vista, que há quem diga que é a publicidade. Porque antes além de não haver (...) dizem que não havia tanto dinheiro, (...) mas depois temos a publicidade, que nos entra todos, os dias. “Compra isto, compra aquilo, isto é bom, isto é apetitoso e não sei quê, é gostoso!” Quando vai ao supermercado, vê aqueles sumos todos e só faz mal (...) E também tem essa vertente.”* (FG4, 471,475)

Esta maior disponibilidade e variedade alimentar característica dos dias que decorrem parece permitir à família fazer outro tipo de escolhas, definindo um grande efeito no controlo parental dos pais. As crianças fazem maiores exigências por conhecerem as alternativas alimentares e os filhos que convivem menos horas por semana com os pais, ingerem os alimentos disponíveis baseando-se apenas no seu auto-controlo.

(Mãe) *“É porque é assim, antes agente bem, comia-se de tudo. Quando tava lá, e hoje em dia não. Não comemos o que faz bem, e quase sempre: “Ai não gosto disto! Ai não quero!” E isto e aquilo.”* (FG5, 20-22)

(Pai) *“Porque é assim, por exemplo, antigamente as mães não trabalhavam, as mães estavam em casa, podiam controlar o que escolhiam. Agora não, agora trabalham os dois (...) mas trabalhando os dois, quem é que está em casa com os pequenos?”* (FG4, 197-199)

A diminuição da actividade física também foi referida. Antigamente, e principalmente em meio rural como é o de Santana, as famílias eram dedicadas à agricultura, pelo que apresentavam um maior gasto energético. Hoje em dia, as famílias são mais sedentárias, as crianças despendem inúmeras horas em frente à tecnologia (computadores, televisão) e os pais com o estilo de vida fatigante, rejeitam a prática de exercício físico.

(Mãe) *“Também as pessoas trabalhavam mais (...) trabalhavam.”* (FG6, 287)

(Mãe) *“E dantes andava-se mais a pé. Agora indo aqui ao centro é tudo de carro (...).”* (FG6, 292)

(Mãe) *“Não. E também gastavam o que comiam.”* (FG6, 289)

(Mãe) *“Eu concordo plenamente com ele. Hoje em dia (...) Com o que falou, estou de acordo. Hábitos, os que temos e os que não temos. Temos os hábitos maus, do que comemos de maneira errada, e o os que não temos, porque não fazemos exercício. Porque hoje em dia as crianças passam mais tempo em frente à televisão e (...) e o adulto está sempre, “vai para a rua, vai brincar”. E as vezes fico farta de vê-lo em frente do computador, se não tiver no computador vai para a playstation, senão vai para a televisão (...) E eu porque digo por mim própria, por exemplo se eu chegar do trabalho para fazer uma caminhada, chego tão cansada, e tão dorida, que já não quero caminhar (...).”* (FG4, 291-298)

## 5. Crenças acerca do conceito: alimentação saudável

Com esta dimensão pretendeu-se recolher algumas crenças que se geram em torno do conceito alimentação saudável num meio rural.

As famílias aquando da pergunta “o que entendem acerca de alimentação saudável?” muitas vezes remetiam as respostas para alimentos que considerassem saudáveis. A sopa, as saladas, as verduras, e o peixe foram os mais referidos.

(Filha) *“Comidas que não fazem mal.”* (FG6, 39)

(Mãe) *“É mais pá sopa, sopa com (...) pronts, cenoura, cebola, couves, agrião e pimpinela. (...) Também eu digo ao meu filho que é mais saudável que outras coisas.”* (FG1, 126,127)

(Filho) *“Comer mais salada.”* (FG5, 109)

(Mãe) *“Depende, os vegetais, agente também pensa que faz bem.”* (FG5, 112)

(Mãe) *“É comer verduras, peixe, carne, variado. É variar o comer, não ter sempre o mesmo comer todos os dias. Também fica farto. Comer sopa também todos os dias (...) segunda, terça, quarta a mesma sopa, é variar as verduras.”* (FG2, 150-153)

E muitas vezes dirigiam as respostas para alimentos que associavam a ser prejudicial para a saúde, como os açúcares, os fritos, o café e o álcool.

(Avó) *“Ah isso também, é assim, agente também (...) com a nossa imaginação já se vai vendo que muitos açúcares, muitas coisas assim, também não é aconselhável para a saúde. Porque é a tal coisa (...) depois as crianças, aquelas que vão ficando (...). Agente gosta de ver uma criança cheinha, mas também (...) mas depois pode vir a ter a tendência de ser mais gordinhas, mais.”* (FG7, 374-377)

(Mãe) *“E é por exemplo o café, penso que aqui ninguém dispensa o café. E são 2 a 3 cafés diários. (...) O café de máquina sabemos que é mau. Sempre no intervalo do trabalho. Em casa faço um café de mistura, que não faz tão mal. E outra coisa seria a bebida. Em casa, graças a deus não temos problema, o meu marido não bebe eu não bebo, portanto. O mau hábito que há passa pela bebida (...) Se a pessoa tem e bebe, também já esta a estragar.”* (FG4, 408-412)

(Mãe) *“O fígado, também fritos. Os fritos faz mal ao fígado.”* (FG1, 252)

O colesterol, a diabetes e a hipertensão foram as consequências da obesidade mais referidas pelas famílias.

(Mãe) *“Se não alimentarmos bem, ficamos mais doentes.”* (FG1, 245)

(Avó) *“E o colesterol alto (...)”.* (FG5, 117)

(Mãe) *“Os diabetes e o colesterol. Acho que é o mais importante.”* (FG3, 319)

(Avó) *“Olha (...) como o colesterol, os diabetes (...) a pressão, a tensão arterial é preciso ter cuidado. São tudo coisas que (...) como eu, eu também já tenho há anos o colesterol. E todos os dias tenho medicação para tomar, um comprimido que tenho que tomar todos os dias.”* (FG7, 403-405)

Muitas vezes alguns participantes respondiam em função das suas experiências pessoais. Os problemas osteoarticulares, a baixa auto-estima e a hipertensão foram referidos como consequência do excesso de peso sentido pelas famílias participantes.

(Mãe) *“Na altura que perdi peso, sentia-me outra, sentia-me leve, não me cansava tanto. Ultimamente, é assim, já fiz 41 anos, dá-me muitas dores nas pernas, não me dava. Incha muito as mãos, estou a fazer retenção de líquidos, eu sou hipertensa. A partir da segunda gravidez (...) eu fiquei hipertensa. E agora vou ao médico, sempre. E agora com o aumento de peso estou a ficar com as mãos inchadas, tenho duas hérnias. Prontos, mas é complicado.”* (FG3, 309-312)

(Pai) *“O colesterol, para mim, o facto de engordar, o facto de poder ter... Para mim, é isso. Para ela, não (...) neste momento ainda não estou a me*

*preocupar com isso. Estou-me a preocupar (...) São as batatas fritas que comem, e aquelas coisas, e uma pessoa ao fim ao cabo habitua-se a isso. É tudo saboroso, só que só faz mal e uma pessoa ter que se habituar a tentar comer as verduras, diversificar um bocadinho, tentar comer uma peça de fruta ou duas... Temos que tentar pelo menos fazer estas coisas, porque se nós continuarmos com o tipo de alimentação que nos foram habituando nos últimos anos, não vamos muito longe. Cada vez estamos pior em termos de alimentação.” (FG4, 365-372)*

*(Mãe) “E depois também a roupa. Agente vai comprar roupa, pra já é muito mais barato, e agente encontra uma peça em qualquer lado, e fica bem. Agora temos muito mais dificuldade, é extremamente difícil, e a Liliana tem sentido isso (...)”.* (FG3, 314,315)

Tentou-se compreender que nível de aprendizagem que as crianças adquiriam na escola acerca do tema em questão, e se esta aprendizagem era reflectida nos comportamentos em casa com a família e nos hábitos alimentares. As crianças, na sua maioria referiram ter tido aulas onde abordaram o assunto, e terem sido expostas a acções de formação que decorreram na escola. No entanto, gera-se uma certa tendência para a “confusão” de conceitos. Referem ainda não se sentirem motivados para a mudança aquando do conhecimento mais profundo acerca da matéria.

*(Mãe) “Sinceramente, não me ajuda nada. Porque é sempre a mesma coisa, nada mesmo.”* (FG3, 340)

(Mãe) *“Por falar nisso, (...) o meu filho teve numa acção de formação, e a professora ou professor, (...) explicou que a carne mais tarde traz problemas de coluna. E agora pensa nisso, “Mãe, não se pode comer carne, não sei quê, não sei que mais!”* (FG5, 236-238)

(Filha) *“Não, dos alimentos (...) e essas coisas. Nós sabemos, no fundo, toda a gente sabe isso, mas é difícil é aplicar”* (FG3, 347,348)

(Filha) *“Dão formações de tudo (...) às vezes temos formações do tabaco, e da alimentação. Mas duas formações para o ano inteiro, não é quase nada.”* (FG4, 377, 378)

Estas respostas demonstraram ainda que o *feedback* dado pelas crianças acerca do tema alimentação saudável é bastante reduzido em família, ou por vezes não é coerente com a realidade alimentar. Revelando que o tema alimentação saudável não é recorrentemente referido em ambiente familiar.

## **6. Recomendações externas para uma alimentação saudável**

Nesta categoria pretendíamos recolher dados acerca do que os indivíduos participantes recomendariam a uma pessoa externa à conversa (outro), para que os seus filhos praticassem uma alimentação saudável. Ou seja, quais as recomendações que dariam para a prática de uma alimentação saudável.

Foram várias as crenças acerca das recomendações que os pais e filhos poderiam dar para a realização de uma alimentação saudável. Algumas famílias referiram a possibilidade de deverem recomendar por exemplo, a instituição de regras alimentares em famílias, a que os pais dessem o exemplo, e que estes também deveriam fornecer breves explicações acerca dos temas em questão.

(Mãe) *“Habituar aquela hora de comer, para eles não estarem sempre a comer. Porque o que faz eles ficarem sem fome à refeição é eles estarem sempre a comer.”* (FG5, 152, 153)

(Mãe) *“Sei lá. Falar sempre, não que negociar seja uma boa ideia. Não sei.”*  
(FG5, 191)

(Filha) *“Eu acho que o exemplo. Por exemplo, se eu ver a minha mãe a comer um saco de batatas fritas, eu também vou querer comer. Agora, se ela tiver a comer uma salada, também vou querer. E ensinar o que não é saudável. Eu reparo nisso logo, com qualquer pessoa, não estou aqui a falar da Mãe, porque não é o que está em questão. Mas com qualquer pessoa, não vou estar aqui a dizer (...).”* (FG3, 267-271)

(Mãe) *“Eu acho que devemos um bocadinho, negociar com ele (...).”* (FG4, 317)

(Mãe) *“Claro que falava sobre o assunto, até ele perceber porquê, também temos que explicar. Porque as vezes dizer: “olha não comes”, quer dizer ele pode continuar a comer mas coisas mais saudáveis.”* (FG5, 159-161)

Notou-se uma certa incerteza nas recomendações que os participantes davam, o que reflecte o pouco pensamento prévio acerca do assunto.

Outras das recomendações centrou-se num controlo parental do tipo “pressão para comer”, ou seja numa insistência alimentar e a resistência às cedências das crianças, o “saber dizer que não” e não apresentar outra escolha alimentar quando a criança rejeita determinado alimento considerado saudável pela família.

“ (moderador) *O que é que se pode fazer para ele comer mais frutos e vegetais?* (Mãe) *“Obrigam”* (FG1, 269)

(Mãe) *“Cada vez coisas mais naturais (...). Ser forte, por exemplo, que eu não sou. Por exemplo, se elas me pedem, conseguir dizer que não. O mal é esse. Como eu passei fome (...) esqueci-me de referir. Nos temos uma mercearia que agora é supermercado, quando era pequena. E quando tinha tudo eu comia muito, comia muitos doces, tanto que estraguei os dentes. Depois perdi isso tudo, ficamos sem nada e isso tudo. E comecei a ter uma alimentação mais saudável (...) como passei fome entre aspas, e não tinha dinheiro para comprar nada, porque praticamente fiquei sem pai nem mãe, quando as minhas filhas me pedem, eu não tenho (...) dá-me uma pena, eu penso (...)*

*eu acho que agente peca com eles em tudo, não é so na alimentação.” (FG3, 277-285)*

*(Mãe) “Saber dizer não.” (FG3, 289)*

*(Mãe) “Por exemplo, fazer como aquele senhor também faz com o filho mais pequeno. Se não lhe apetece comer, deixar para mais tarde, para ele comer o que fizeram para o almoço.” (FG4, 336, 227)*

*(Mãe) “Insistir (...) tirar os doces. Insistir, é o que eu faço, mas não resulta muito.” (FG7,364)*

*(Mãe) “Eu acho que devemos um bocadinho, negociar com ele. (...) uma vez pode passar, não queres comer, não comes. Mas depois tem que comer. Ou então não fazer outra coisa, com o mesmo prato, porque senão ele da próxima faz outra birra e vai querer outra vez. Não. (...) Mas muitas das crianças, é um pouco isto aqui, porque as crianças, se fizerem birras, birras, birras, nunca comem nada. Quando era pequenino o meu comia muito bem, mas há crianças, que não comem, não comem. No sitio onde eu trabalho, eles comem, muito bem, mas eles estão sempre, já comeste, tens fome, que queres comer, e (...) porque senão eles esquecem-se de comer.” (FG4, 317-324)*

Aquando das recomendações que os participantes davam, mais uma vez remetiam as premissas para as suas experiências pessoais. Algumas famílias por vezes apercebiam-se que não cumpriam com os seus filhos o que recomendariam a outros.

Outro dos assuntos abordados foi o das quantidades e qualidades dos alimentos ingeridos.

(Filha) *“Sim. Um prato normal. Não é um prato grande, é um daqueles pequeninos de sobremesa.”* (FG4, 355)

(Filho) *“Isso já é mais complicado, porque cada família, tem a quantidade de comida que lhe apetecida, eu estou habituado à quantidade de comida que a minha mãe me dá. Que é um prato para cada um, e se me apetecer comer mais, comemos uma fruta ou assim. E acho que poderia ensinar a eles.”* (FG4, 340-343)

(Filha) *“Ter partes que comam coisas mais saudáveis. Pode ser as mesmas coisas que façam mal, mas pode continuar a comer umas coisas mais saudáveis do que outras.”* (FG5, 164, 165)

(Filho) *“Acostumar também comer verduras.”* (FG6, 301)

(Mãe) *“Controlar coisas que agente não deve, como bolos, e bolachas e coisas assim.”* (FG7, 387)

(Mãe) *“(...) é comer peixe, é comer verduras. Coisas sem (...)”.* (FG7, 391)

(Mãe) *“Era menos quantidade. Ou dizia para não comer tantas papas, em vez de dar tanto puré (...) dava-se mais papas, e aqueles iogurtes e aquelas compotas.”* (FG6, 310, 311)

Mais uma vez que não existiu coerência entre os conceitos que as famílias possuíam. Não existem quantidades *standart* que as famílias ingiram, o que condiciona a própria recomendação a outros indivíduos no que concerne às quantidades de alimentos.

As crianças também deram as suas opiniões acerca dos comportamentos alimentares.

(Filho) *“Eu dizia para não educarem o filho deles, como me educaram a mim.”*  
(FG4, 330)

(Filha) *“Se o filho fosse muito birrento, fazia a mesma coisa que o meu pai diz.”* (FG4, 348, 349)

Muitas vezes o comportamento dos pais era o exemplo que seguiam, algumas referindo que os pais tinham comportamentos positivos para a educação alimentar e outras não.

## Discussão

O presente estudo tinha por objectivo principal o de caracterizar a prevalência de pré-obesidade e obesidade entre as crianças e adolescentes do concelho de Santana e caracterizar crenças sobre hábitos alimentares entre três gerações distintas.

Para o efeito, optou-se por um estudo do tipo descritivo, transversal, observacional, sendo a recolha de dados feita em duas etapas sequenciais e complementares: foi inicialmente feita a avaliação antropométrica (peso e altura) dos alunos da escola B+S Bispo D. Manuel Ferreira Cabral (abordagem quantitativa) e, posteriormente, foram recolhidos dados sobre os hábitos alimentares em famílias com ou sem convivência com avós, através da realização de *focus groups* (abordagem qualitativa).

### Limitações do estudo

A participação dos avós nas reuniões, embora limitada a três famílias, foi bastante enriquecedora, permitindo uma melhor compreensão das crenças acerca das mensagens dietéticas que são transversais entre as diferentes gerações.

Não foram recolhidos formalmente dados relativos à componente socioeconómica das famílias participantes na fase qualitativa do estudo. Este tipo de informação poderia revelar-se útil. De qualquer modo, pelo discurso dos participantes e atendendo a outras características dos mesmos (tipo de actividade profissional e nível educacional), a amostra reunida nos *focus groups* é maioritariamente de nível económico baixo/médio baixo.

Teria havido vantagem em aumentar o número de famílias a participar nas reuniões, permitindo maior heterogenidade de características sócio-demográficas das famílias (por exemplo, incluindo participantes de níveis sócio-económicos mais elevados, quer para os avós quer para os pais), de forma a ser possível a identificação de mais conteúdos relativos a estilos educativos associados à alimentação (bem como relativos a crenças e a comportamentos alimentares).

A prevalência de pré-obesidade e obesidade nas crianças e adolescentes Portugueses pode ser considerada alarmante, e uma intervenção precoce nesta área é necessária. Como esperado, os dados de pré-obesidade e obesidade no concelho de Santana, da ilha da Madeira, não são díspares da restante população Portuguesa para estas faixas etárias, sendo o cenário pouco entusiasmante. Na totalidade, 16,2% dos alunos apresentava obesidade, sendo esta mais comum entre as raparigas (16,7%) do que entre rapazes (15,8%). Quanto à pré-obesidade os valores totais foram de 19,8%, estando mais uma vez o sexo feminino a prevalecer na contagem, com 21,3% versus 18,4% nos rapazes. Comparando com um estudo de prevalência aplicado à mesma faixa etária (estudantes do 2º e 3º ciclos escolares) em Portugal<sup>67</sup>, a prevalência de pré-obesidade encontrada no presente estudo é menos elevada (no outro estudo foi de 22,6%) e a de obesidade é mais elevada (no outro estudo, foi de 7,8%). As diferenças encontradas podem explicar-se pela diferença na dimensão total da amostra (n=5708) e as localidades em estudo (18 distritos) que não foram apenas meios rurais. Estes dados podem sugerir uma tendência para o aumento da obesidade em meio rural comparativamente com o meio citadino. Também como neste estudo, os resultados para a pré-obesidade e

obesidade foram superiores nas faixas etárias mais jovens. Os mais jovens apresentavam uma percentagem de obesidade de 23% (dos 10 aos 12 anos) comparativamente com os 13,4% dos adolescentes (dos 13 aos 18 anos).

Apesar do valor médio do IMC estar positivamente correlacionado com a idade, a prevalência da obesidade tende a ser maior entre os pré-adolescentes (dos 10 aos 12 anos) do que entre os adolescentes com 13 ou mais anos. Estes dados podem ser justificados com algumas premissas encontradas nos grupos focais, onde por exemplo, as crianças mais jovens parecem apresentar menor independência alimentar, sofrendo maior pressão para comer (em quantidade) por parte dos pais e avós. Já os adolescentes têm um maior controlo sob o seu dia-a-dia alimentar, podendo optar pelo que querem ingerir e quando o querem ingerir, passando eventualmente a alimentação para segundo plano, ou seja, não dando grande importância aos aspectos salutogénicos dos alimentos (e ao modo como estes são consumidos).

### **Convivência com os avós**

Uma das vantagens proporcionada pela população alvo escolhida para este estudo é a característica rural, que promove maior convívio diário com outros familiares próximos, fora do círculo da pequena família (pai, mãe e filhos). Neste contexto, as crianças tendem a beneficiar de mais contacto com os seus avós, principalmente as que co-habitam com os mesmos ou as que residem em proximidade. Cerca de um terço dos inquiridos convivia regularmente com os avós, ou seja, mais de 10 horas por semana. Como foi descrito no capítulo dos resultados, as crianças que conviviam com os avós apresentam valores de prevalência de obesidade superiores,

comparativamente com as que não conviviam com os avós (18,1 versus 15,3%). No entanto, não foi provada a associação entre estas duas variáveis, ao contrário de um estudo elaborado no Reino Unido no ano decorrente, que demonstrou que crianças cujos avós participem activamente na sua educação apresentavam um risco 34% superior de desenvolver pré-obesidade<sup>68</sup>. Em Portugal, este foi o primeiro estudo que cruzou esta variável de convivência com os avós com o risco de desenvolver pré-obesidade ou obesidade infantil.

### **Os focus groups**

O método de *focus group* permite obter informação aprofundada acerca de conceitos, percepções e ideias. Os participantes seleccionados apresentavam características socio-demográficas semelhantes entre si, sendo a maioria caracterizável como de baixo nível educacional e económico. A totalidade dos participantes nas reuniões habitava no concelho de Santana.

É importante a referência às características dos participantes, uma vez que podem apresentar consequências directas na participação no estudo. As reuniões foram assinaladas por vezes, por uma limitação na compreensão das perguntas expostas pelo moderador, assim como uma dificuldade na resposta às mesmas, possivelmente explicada pela falta de compreensão, privação de pensamento prévio existente acerca do assunto em questão, ou provável receio na exposição das crenças. Este aspecto foi observado nas três gerações, ou seja, tanto nos filhos, como nos pais e principalmente nos avós.

### **Crianças em primeiro plano ao pequeno-almoço**

Foram identificadas crenças acerca do modo como as famílias organizam o seu dia-a-dia alimentar. O pequeno-almoço, foi identificado como uma refeição que, regra geral, é comum entre os mais novos. Esta primeira refeição do dia parece ser uma refeição onde os pais nem sempre acompanham os filhos, limitando-se à preparação e organização da mesma para eles. Quando consumido, os hábitos alimentares ao pequeno-almoço são diferentes entre as três gerações: os pais e avós assemelham-se mais, preferindo alimentos como o pão ou torradas com leite (com café) enquanto os filhos referem ingerir além destes alimentos, outros como os cereais ou bolachas. Outro aspecto referido pelos pais, além da comum omissão do pequeno-almoço, foi o da ingestão de pequenos *snacks* (por exemplo, um iogurte) antes da partida para o trabalho, para posterior compensação na refeição do meio da manhã. Este dado é confirmado em outros estudos, onde as mães frequentemente reportam ingerir o pequeno-almoço no carro ou no trabalho. Muitos destes pais reportam ainda utilizar diferentes refeições para os diferentes membros da família, e preferir alimentar primeiro a criança<sup>69</sup>.

Estes comportamentos divergentes entre pais e filhos podem denunciar uma relevância diferente dedicada pelos pais ao pequeno-almoço. A preocupação central dos pais parece residir no fornecimento de alimento aos filhos, passando a alimentação dos pais para segundo plano.

### **Família reunida ao jantar**

O almoço é a refeição onde a família aparenta estar mais dissociada. Mesmo que algumas crianças consigam almoçar em casa, com ou sem a família, cada vez mais

o meio rural se assemelha ao meio citadino, onde a prioridade familiar é o trabalho, perdendo as famílias algumas regalias relativas à proximidade com o local de trabalho. O jantar, ao contrário do almoço, parece ser a refeição privilegiada para o convívio com a família e a partilha de hábitos. É uma refeição por vezes referida como mais completa, que adquire um certo ritual de confecção da refeição, de reunião da família, de maior relaxe e prazer. Tende a ser composta por prato completo, e muitas vezes por sopa. No entanto, muitos pais afirmam recorrer a opções mais rápidas, como sandes ou pratos de fácil execução. Um estudo realizado no Texas indica que quanto maior a importância dada pelas mães à organização de refeições, maior a probabilidade das crianças ingerirem o jantar com as famílias e desta refeição ser adequadamente programada<sup>70</sup>.

Os lanches adquirem uma dimensão importante para as crianças estudadas, visto que todas elas referiram efectuar diariamente esta pequena refeição, tanto ao meio da manhã como a meio/final da tarde. O bar da escola é o sítio predilecto para a ingestão dos lanches, onde nem sempre os alunos fazem as melhores escolhas (bolos de leite, *croissants*). Os pais referiram por vezes uma preocupação maior com a problemática da fome exposta como característica dos filhos quando chegam a casa no final do dia. Não parecendo haver programação da composição nutricional deste lanche por parte das famílias, existe evidente preocupação com a ingestão excessiva de alimentos, não pelo valor energético acrescido que facultará ao dia alimentar da criança, mas pela reduzida ingestão que a criança possivelmente apresentará ao jantar (devido a prévia saciedade).

### **A “conveniência” nas refeições**

O dia-a-dia alimentar das famílias parece estar padronizado, sendo que cada família se organiza de acordo com os seus padrões de horários laborais e escolares e disponibilidade para preparação das refeições. A centralização desta organização é para a existência de uma ingestão confirmada de alimentos, e não há registo directo para o desvio desta consideração centrado unicamente na qualidade alimentar.

As refeições que são preparadas aos fins-de-semana, foram referidas pelas famílias como refeições mais cuidadas e variadas, mesmo em termos nutricionais. O pequeno-almoço é mais completo que durante a semana, onde por exemplo a fruta pode ser adicionada. As famílias deixam de parte as confecções de rápida execução para confecções mais elaboradas, demoradas e saborosas, tanto para almoço como para jantar. Ou seja, o ideal de dia-a-dia alimentar para famílias por vezes reflecte-se nos seus fins-de-semana (em termos organizacionais).

### **Condicionantes das preferências alimentares**

As preferências alimentares dos participantes foram separadas por alimentos predilectos em cada refeição diária. De acordo com o discurso dos participantes nos *focus groups*, as escolhas foram bastante diversificadas, de entre alimentos hipercalóricos a outros saudáveis. Constatou-se também que muitas das preferências alimentares residem na disponibilidade e acesso que as famílias têm aos alimentos. Visto ser um meio rural, grande variedade de alimentos é adquirida da agricultura praticada pelas famílias ou pelos agricultores locais.

A sopa foi referenciada por alguns participantes como alimento predilecto e de fácil execução, em contraste com outros que referiram não gostar de sopa.

Algumas vezes a vasta preferência alimentar foi justificada pela pouca disponibilidade que os pais e avós tiveram em crianças e pelo modo como os seus filhos foram educados quando eram mais novos.

A qualidade das refeições tende a não ser a prioridade no dia-a-dia alimentar destas famílias bastante atarefadas. Este comportamento, justificado pelo cansaço que os pais/avós apresentam quando chegam em casa no final do dia de trabalho, tem implicações directas nos hábitos alimentares das crianças, ou seja, na sua educação alimentar. No dia-a-dia, parece ser exercido um reduzido controlo, ou controlo inadequado, para a educação alimentar dos filhos por parte dos pais e avós.

Outra das características manifesta do discurso dos participantes é o facto de, por vezes, os pais demonstrarem reflectir pouca dedicação ao pensamento prévio para a organização do dia-a-dia alimentar da família.

### **Mães e avós mais presentes**

Os avós são por vezes a primeira linha de escolha para os pais, na deliberação de funções diárias que impliquem a educação dos seus filhos. Os avós com maior disponibilidade de tempo, ou que co-habitem com as famílias adquirem um papel central na educação aos netos, pois dedicam-se à disponibilização, preparação e acompanhamento alimentar das crianças.

A figura feminina mais próxima e mais disponível, como a mãe ou a avó estão na primeira linha para o ensino das primeiras confecções alimentares das crianças. Caracterizadas tendencialmente pela preparação de alimentos hipercalóricos (ovo frito, batata frita). Não foi referida preocupação por parte de nenhum participante

com a confecção destas primeiras refeições hipercalóricas, nem com a repetição das mesmas por partes das crianças. Existe uma preocupação mais evidente com a segurança e prevenção de acidentes na cozinha, bem como com a quantidade de alimentos a oferecer às crianças.

Neste assunto em particular, foi reparado que poucos participantes possuíam uma reflexão prévia acerca das suas crenças. Esta falta de reflexão sugere que muitos comportamentos alimentares familiares são automáticos e gerados pelo hábito e não pela preocupação acerca dos benefícios/malefícios que poderiam advir dos mesmos.

### **Os pais na educação alimentar das crianças**

Revisões literárias evidenciam que os hábitos e as preferências alimentares podem ser modificados pelos comportamentos dos pais e pelo ambiente familiar. Os pais assumem um carácter central na educação alimentar dos seus filhos<sup>71</sup>.

Foi referido pelos pais que os hábitos alimentares saudáveis das crianças devem ser definidos desde a fase infantil. Estes dados são consistentes com os de outro estudo, em que os pais apresentavam crenças de que se deve iniciar a educação para os bons hábitos alimentares desde o início da vida da criança<sup>72</sup>.

As crenças dos pais, acerca de conceitos de alimentação saudável, modo de confeccionar os alimentos, e toda a estrutura familiar que se adapta aos valores mais prevalentes, parecem definir a educação alimentar da criança. As mães são as figuras educativas mais presentes na organização do dia-a-dia alimentar da criança, sendo responsáveis pela selecção de alimentos e confecção dos mesmos. No

entanto, embora as mães tenham a preocupação para a preparação de refeições saudáveis, as suas descrições de confecção não iam de encontro com as recomendações oficiais para uma alimentação saudável. Estes dados são consistentes com um estudo que procurou compreender as interpretações maternas para recomendações dietéticas. Nesse trabalho, também as dinâmicas de escolhas alimentares mostraram ser influenciadas pelas “vontades” das crianças, e dos pais (e não limitadas à mãe), e pela conveniência do acesso aos alimentos<sup>72</sup>.

Os pais preocupam-se com a variedade alimentar das crianças preferindo, seleccionar em casa outros alimentos que as crianças não tenham ingerido na escola.

Quanto à selecção dos produtos alimentares no supermercado, algumas famílias parecem dedicar as compras a produtos mais saudáveis. Outras referem comprar alimentos hipercalóricos, quer por insistência dos filhos quer por hábito, ou seja, sem reflexão prévia do que estão a adquirir. Resultados semelhantes foram reportados em outros estudos, indicando que o preço, assim com o sabor e a qualidade são os factores mais importantes para a selecção do alimento a comprar<sup>73</sup>.

A ida ao supermercado torna-se uma tarefa complicada quando os pais estão motivados para escolhas saudáveis. A leitura dos rótulos alimentares é referida como complicada, seguindo muitas vezes os pais o impulso para a compra. A falta de tempo no supermercado faz com que o impulso ou o preço prevaleça para a escolha dos produtos.

A compra de alimentos hipercalóricos é muitas vezes justificada com a eventualidade de “aparecerem visitas em casa”. Aquando da exposição destes alimentos em casa, tanto os pais como os filhos tendem a consumi-los, sem

controlo. Estudos sugerem que a falta de controlo parental sob o seu próprio comportamento, pode desencadear um desenvolvimento de excesso de gordura corporal dos seus filhos. Esta associação pode ser mediada por aprendizagem comportamental directa dos pais, ou de forma indirecta e subconsciente como na supressão da regulação inata da criança para a ingestão alimentar<sup>74</sup>.

Independentemente da exposição constante ou não aos alimentos, alguns pais referiram tentar restringir o consumo destes alimentos aos fins-de-semana, ou seja, o fim-de-semana é visto como os dias da semana para maior permissividade alimentar.

### **Controlo manifesto e não manifesto**

O método de controlo mais comum foi o de “pressão para comer”. Os pais tendem a insistir na ingestão alimentar por parte dos filhos, independentemente da sua vontade/fome.

Outro método é o da não substituição das refeições. O objectivo dos pais é fazer com que a criança ingira os alimentos a que foram expostas, sem alternativa, para que não haja posteriormente habituação a outras alternativas e estas ingiram o que lhes foi sugerido (na hora).

Em contraste, existem famílias que apresentam métodos mais permissivos no que se refere à alimentação, muitas vezes justificados pela impaciência dos pais, falta de tempo dos mesmos, ou para evitar o mal-estar familiar que se poderia gerar.

Outro tipo de controlo identificado pelo discurso dos participantes é o não manifesto: de forma indirecta, os pais evitam a exposição alimentar de produtos hipercalóricos

aos filhos procurando assim controlar a alimentação dos mesmos, quando estes apresentam-se fisicamente ausentes.

A quantidade de alimentos ingeridos foi referenciada por algumas famílias como o problema. Os pais tendem a solucionar o problema com a utilização de quantidades de referência, sem que no entanto (de acordo com o discurso dos mesmos) surta o resultado eficaz. Outras famílias referem não controlar de todo a quantidade ingerida pelas crianças.

Como já reportado, o discurso dos pais vai no sentido de as suas práticas de alimentação saudável estarem bastante condicionadas pelas exigências do dia-a-dia, o que pode influenciar a educação alimentar dos filhos<sup>75</sup>.

### **Os avós na educação alimentar das crianças**

As constantes alterações nos padrões familiares, associadas a condição laboral das mães, condicionando a um maior número de horas fora de casa (predispondo menos tempo para a educação dos filhos), têm vindo a sugerir uma responsabilidade parcial para o crescente aumento da prevalência da obesidade nas crianças<sup>76</sup>.

Em meio rural e suportado pelos dados estatísticos deste estudo, as crianças convivem tempo significativo com os avós. Tal como demonstrado em outros estudos, os avós são determinantes na modelagem do comportamento alimentar das crianças<sup>57</sup>.

Ao contrário dos pais, não é evidente um controlo alimentar aos netos, mas sim permissividade para as suas opções e escolhas. Os avós tendem a não controlar as doses ingeridas e a adquirir uma atitude de maior fornecimento alimentar. Este

comportamento é percebido pelas crianças, que adquirem uma posição de manipulação dos alimentos que adquirem dos avós.

Quando percebido pelos pais, o estilo permissivo por parte dos avós não é contrariado, gerando-se aqui uma dinâmica na educação alimentar das crianças que promove maior liberdade de escolha alimentar (por parte das crianças) baseada apenas nas preferências quanto ao sabor dos alimentos.

Outra das características mencionadas por esta geração é o valor que as avós dedicam ao peso das crianças. As avós não reconhecem o excesso de peso na criança ou os riscos de doença associados a este. Estes dados são suportados por outros estudos que procuraram compreender as atitudes dos pais ou educadores, definindo que estas atitudes e crenças são cruciais para a prevenção de futuro risco de doença entre as crianças<sup>77</sup>. Este comportamento pode ser justificado por alterações de percepções com o passar das gerações. Um indivíduo com excesso de peso era admirado, uma vez que este factor estava associado ao bem-estar económico e social. O valor da saciação é também muito prevalente no discurso dos participantes mais idosos. O facto de alguns avós terem passado por privação alimentar (passando fome ou terem sido impedidos de comerem o que lhes era mais apetecível) promove uma cultura de facilitação em termos de acesso ao alimento em quantidade e tal como desejado pelos netos. Por outro lado, segundo o discurso de vários pais, o facto deles terem tido já uma alimentação sem privações, reforça o desejo de garantir o mesmo aos filhos. Assim sendo, ambas as gerações estudadas, com partilha de papéis educativos na alimentação (e em especial nas famílias com crianças obesas), parecem estar mais propensas a facilitar o acesso a alimentos apetecíveis (tendencialmente hipercalóricos). O facto de haver convivência com os

avós promove ainda mais este acesso indiscriminado aos alimentos preferidos pelos jovens, que vêem muitas vezes os avós como formas alternativas de acesso aos alimentos que são 'proibidos' pelos pais.

### **Mudança geracional**

Os hábitos alimentares parecem ser distintos entre as três gerações estudadas. Tanto actualmente, ou seja, alguns costumes alimentares que os avós contêm diferem do dos seus netos e filhos, como antigamente, quando estes (avós) eram crianças.

Os hábitos que tendem a permanecer são os que são repetidos pontualmente e que acarretam alguma componente emocional (por exemplo, pratos típicos do Natal). No entanto, a maioria dos hábitos tende a alterar com o passar das gerações.

Durante várias décadas, alterações demográficas e socioeconómicas têm vindo a acontecer, associadas a alterações no preço dos alimentos, aumento do acesso a grandes superfícies comerciais. A urbanização e desenvolvimento tanto em áreas urbanas como rurais resultaram simultaneamente em uma transição nutricional caracterizada pelo maior consumo de dietas hipercalóricas e na redução da actividade física (privilegiando o trabalho, o lazer e as viagens)<sup>78</sup>.

Estas mudanças são sentidas pelos avós, que referiram a facilidade e disponibilidade alimentar característica dos dias que decorrem, como principal justificação para a alteração de hábitos. Do discurso dos avós, surge a ideia de que, no tempo da sua infância eram sentidas dificuldades como a pouca disponibilidade de alimentos, caracterizada pelas dificuldades financeiras, o que delimitou as preferências alimentares dessa geração aos alimentos a que eram expostos.

Estas dificuldades ao acesso aos alimentos nas gerações mais antigas, parece definir o padrão actual de reduzido controlo alimentar exercido sobre os netos, ou não controlo. As grandes necessidades experienciadas pelos avós (ou gerações mais antigas) aparentam ter exercido uma elevada carga emocional, o que define o comportamento exacerbado de oferta alimentar aos netos. Ou seja, a oferta alimentar é vista como um “bem” que foi em tempos suprimido, e que hoje em dia deverá ser permitido e não restrito.

A utilização excessiva da tecnologia (computadores) é considerada factor preditor independente de maus hábitos alimentares que podem conduzir à pré-obesidade e obesidade<sup>79</sup>. Também aqui, em ambiente rural a redução da actividade física foi justificada pelo número de horas que as famílias dedicam à tecnologia, como a televisão e computador, assim como o ritmo frenético de trabalho dos pais, justificando a falta de “vontade” para a prática de exercício físico. Em gerações passadas, a actividade física era (de acordo com o discurso recolhido nos *focus groups*) mais intensa, não existindo meios distractivos. As famílias na sua totalidade (pais, mães e filhos) no concelho de Santana, dedicavam-se maioritariamente à agricultura e ao cuidado de animais.

### **Incompreensão de conceitos e recomendações**

Este estudo demonstrou que existem algumas lacunas na compreensão de conceitos como alimentação saudável. Estas lacunas foram demonstradas pelas três gerações familiares. No entanto, foi referido pelas crianças que estas são expostas com alguma frequência a sessões de esclarecimento acerca do tema em questão, mas que a informação não é retida. Assim sendo, parece ser necessário que se faça

mais esforço para a compreensão da informação acerca de conceitos alimentares em meios rurais.

As respostas dadas pelas famílias demonstram que o diálogo existente em ambiente familiar é reduzido, ou limitado a conceitos pouco coerentes com a realidade alimentar.

Tal como para a descrição de conceitos, as recomendações que os participantes deram (aquando da requisição do mesmo) reflectiram o reduzido pensamento prévio acerca do assunto. Não existia coerência entre os conceitos que as famílias possuíam, o que condicionaria a recomendação de bons hábitos alimentares a outros indivíduos.

## Conclusão

Este estudo veio mostrar como as diferentes gerações podem ter diferentes perspectivas adaptativas do controlo de comportamentos alimentares nas crianças.

Os estilos parentais mais prevalentes, apresentados tanto pelos pais como pelos avós, vão no sentido de incentivar o maior consumo alimentar, independentemente do tipo de alimentos. O discurso dos participantes sugere que de geração para geração existe maior flexibilidade na escolha dos alimentos, e acesso aos mesmos por parte das crianças.

O comportamento dos avós é de não controlo alimentar dos netos, sendo a sua atitude de maior fornecimento alimentar. Estas percebem este comportamento, manipulando as suas escolhas alimentares perante os avós. As crianças tendem a seleccionar os seus alimentos baseando-se predominantemente nas suas preferências, sem consideração do valor salutogénico dos alimentos, nem controlo exacerbado por parte dos pais ou avós.

Dado o estilo progressivamente menos restritivo entre gerações, os jovens escolhem os alimentos de que mais gostam, de entre as alternativas propostas pelos avós e pelos pais. Os pais e avós revelam ambiguidade no modo como conduzir o excesso de peso ou obesidade dos seus filhos/netos nestas faixas etárias.

Estas duas gerações em ambiente rural tendem a preferir crianças com excesso de peso. Preferências individuais e culturais para crianças “maiores”, parecem induzir nos pais e avós uma adopção implícita de maus hábitos alimentares.

Este estudo também revelou falhas acerca do conhecimento que ambas as gerações detêm relativamente às boas práticas de alimentação saudável, um dado já previamente reportado<sup>75</sup>.

Existe uma grande esfera de acção no que concerne à prevenção da pré-obesidade e obesidade em meio rural. Indivíduos que convivam tempo significativo com as crianças devem ser considerados como participantes em programas de prevenção para a obesidade. Este suporte preventivo necessita ter em conta a melhoria dos conceitos de alimentação saudável entre as diferentes gerações, em particular, no auxílio da compreensão dos modos de confecção de alimentos, da selecção para aquisição de produtos alimentares em supermercados ou mercados ou como facilitar a pratica de actividade física nas crianças (e em família).

Hoje em dia, as vidas das famílias são complexas. Estas modificações são também sentidas em meio rural. No entanto, pela proximidade ao local de trabalho e à escola, o meio rural permite o convívio em algumas refeições e um controlo mais aproximado dos pais e dos avós. Assim sendo, as acções de promoção de uma alimentação saudável devem apostar na inclusão de avós, no que se refere a informação alimentar.

## Referências Bibliográficas

- <sup>1</sup> International Obesity Taskforce. Childhood obesity. Disponível em: <http://www.who.int/childhoodobesity.asp>, acessado a 24 de Junho de 2010.
- <sup>2</sup> do Carmo I, Dos Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, Reis L, Myatt J, Galvão-Teles A. Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obes Rev.* 2007 Nov 23;9(1):11-9.
- <sup>3</sup> Miranda A, Alarcão V, Lopes C, Carreira M, Ramos E, Araújo J, Galvão-Teles A. Estudo de Prevalência da Obesidade Infantil e dos Adolescentes em Portugal Continental. Comunicação apresentada no: 1º Fórum ONOCOP. 2009. Disponível em: [www.onocop.pt](http://www.onocop.pt).
- <sup>4</sup> Padez C, Fernandes T, Mourão I, Moreira P, Rosado V. Prevalence of overweight and obesity in 7-9-year-old Portuguese children: trends in body mass index from 1970-2002. *Am J Hum Biol.* 2004 Nov-Dec;16(6):670-8.
- <sup>5</sup> Rita A, Breda J. WHO European Childhood Obesity. Surveillance Initiative. COSI PORTUGAL. Comunicação apresentada no: 1º Fórum ONOCOP. 2009. Disponível em: [www.onocop.pt](http://www.onocop.pt).
- <sup>6</sup> Davis MM, McGonagle K, Schoeni RF, Stafford F. Grandparental and parental obesity influences on childhood overweight: implications for primary care practice. *J Am Board Fam Med.* 2008 Nov-Dec;21(6):549-54.
- <sup>7</sup> Philipson TJ, Posner RA. The long-run growth in obesity as a function of technological change. *Perspect Biol Med.* 2003 Summer;46(3 Suppl):S87-107.
- <sup>8</sup> Martin MA. The intergenerational correlation in weight: how genetic resemblance reveals the social role of families. *AJS.* 2008;114 Suppl:S67-105.
- <sup>9</sup> Li L, Law C, Lo Conte R, Power C. Intergenerational influences on childhood body mass index: the effect of parental body mass index trajectories. *Am J Clin Nutr.* 2009 Feb;89(2):551-7.
- <sup>10</sup> Van Strien T, van Niekerk R, Ouwens MA. Perceived parental food controlling practices are related to obesogenic or leptogenic child life style behaviors. *Appetite.* 2009 Aug;53(1):151-4.

- <sup>11</sup> Rankinen T, Zuberi A, Chagnon YC, et al. The human obesity gene map: the 2005 update. *Obesity* 2006;14:529–644.
- <sup>12</sup> Barlow SE. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report.[see comment]. *Pediatrics*. 2007 Dec;120 Suppl 4:S164-92.
- <sup>13</sup> Kivimaki M, Lawlor DA, Smith GD, et al. Substantial intergenerational increases in body mass index are not explained by the fetal overnutrition hypothesis: the Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Am J Clin Nutr* 2007;86:1509–14.
- <sup>14</sup> Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*. 1999 Dec;29(6 Pt 1):563-70.
- <sup>15</sup> Park HS, Yim KS & Cho S. Gender differences in familial aggregation of obesity-related phenotypes and dietary intake patterns in Korean families. *Ann Epidemiol* 2004;14:486-491.
- <sup>16</sup> Domínguez-Vásquez P, Olivares S, Santos JL. [Eating behavior and childhood obesity: family influences]. *Arch Latinoam Nutr*. 2008 Sep;58(3):249-55.
- <sup>17</sup> Kral T, Faith M. Child eating patterns and weight regulation: a developmental behaviour genetics framework. *Acta Paediatr* 2007;96:29-34.
- <sup>18</sup> Bouchard C. Childhood obesity: are genetic differences involved? *Am J Clin Nutr*. 2009 May;89(5):1494S-1501S.
- <sup>19</sup> Maes HH, Neale MC, Eaves LJ. Genetic and environmental factors in relative body weight and human adiposity. *Behav Genet* 1997;27:325–51.
- <sup>20</sup> Danielzik S, Langnase K, Mast M, Spethmann C, Muller MJ. Impact of parental BMI on the manifestation of overweight 5-7 year old children. *Eur J Nutr* 2002;41:132–8.
- <sup>21</sup> Demerath EW, Choh AC, Czerwinski SA, et al. Genetic and environmental influences on infant weight and weight change: the Fels Longitudinal Study. *Am J Hum Biol* 2007;19:692–702.
- <sup>22</sup> Dubois L, Girard M, Girard A, Tremblay R, Boivin M, Pe´russe D. Genetic and environmental influences on body size in early childhood: a twin birth-cohort study. *Twin Res Hum Genet* 2007;10:479–85.

- <sup>23</sup> Tholin S, Rasmussen F, Tynelius P & Karlsson J. Genetic and environmental influences on eating behavior: the Swedish Young Male Twins Study. *Am J Clin Nutr* 2005;81:564-569.
- <sup>24</sup> Carnell S, Haworth C, Semmler C, Wardle J. Heritability of obesogenic eating styles in 9-11 years olds. *Int J Obes* 2007;31:S137.
- <sup>25</sup> Wardle J, Carnell S, Haworth MA, Plomin R. Evidence for a strong influence on childhood adiposity despite the force of the obesogenic environment. *Am J Clin Nutr* 2008;87:398.
- <sup>26</sup> Breen FM, Plomin R, Wardle J. Heritability of food preferences in young children. *Physiol Behav* 2006;88:443-447.
- <sup>27</sup> Cooke LJ, Haworth CM, Wardle J. Genetic and environmental influences on children's food neophobia. *Am J Clin Nutr*. 2007;86:428-433.
- <sup>28</sup> Lake JK, Power C, Cole TJ. Child to adult body mass index in the 1958 British birth cohort: associations with parental obesity. *Arch Dis Child*. 1997 Nov;77(5):376-81.
- <sup>29</sup> Danielzik S, Langnase K, Mast M, Spethmann C, Muller MJ. Impact of parental BMI on the manifestation of overweight 5-7 year old children. *Eur J Nutr* 2002;41:132-8.
- <sup>30</sup> Lee JH, Reed DR, Price RA. Familial risk ratios for extreme obesity: implications for mapping human obesity genes. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1997;21:935-40.
- <sup>31</sup> Steffen LM, Dai S, Fulton JE, Labarthe DR. Overweight in children and adolescents associated with TV viewing and parental weight: Project HeartBeat! *Am J Prev Med*. 2009 Jul; 37:S50-5
- <sup>32</sup> Benton D. Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004 Jul;28(7):858-69.
- <sup>33</sup> Rosenkranz RR, Dzewaltowski DA. Model of the home food environment pertaining to childhood obesity. *Nutrition Reviews*. 2008 Mar; 66(3):123-40.
- <sup>34</sup> Ogden J, Reynolds R, Smith A. Expanding the concept of parental control: a role for overt and covert control in children's snacking behaviour? *Appetite*. 2006 Jul. 47(1):100-6.

- <sup>35</sup> Birch LL, Davison KK. Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatr Clin North Am*. 2001 Aug;48(4):893-907.
- <sup>36</sup> Moens E, Braet C, Soetens B. Observation of family functioning at mealtime: a comparison between families of children with and without overweight. *J Pediatr Psychol* 2007; 32: 52-63.
- <sup>37</sup> Orrell-Valente JK, Hill LG, Brechwald WA, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE. "Just three more bites": An observational analysis of parents' socialization of children's eating at mealtime. *Appetite* 2007; 48: 37-45.
- <sup>38</sup> Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics* 1998; 101: 539-549.
- <sup>39</sup> Brown R, Ogden J. Children's eating attitudes and behaviour: a study of the modelling and control theories of parental influence. *Health Educ Res* 2004; 19(3): 261-271.
- <sup>40</sup> Spruijt-Metz D, Lindquist CH, Birch LL, Fisher JO, Goran MI. Relation between mothers' child-feeding practices and children's adiposity. *Am J Clin Nutr* 2002; 75: 581-586.
- <sup>41</sup> Clark HR, Goyder E, Bissell P, Blank L, Peters J. How do parents child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *J Pub Health (Oxf)* 2007; 29: 132-141.
- <sup>42</sup> Patrick H, Nicklas TA, Hughes SO, Morales M. The benefits of authoritative feeding style: caregiver feeding styles and children's food consumption patterns. *Appetite*. 2005 Apr;44(2):243-9.
- <sup>43</sup> Carper JL, Orlet Fisher J, Birch LL. Young girls' emerging dietary restraint and disinhibition are related to parental control in child feeding. *Appetite*. 2000 Oct;35(2):121-9.
- <sup>44</sup> Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *Br J Nutr*. 2008 Feb;99 Suppl 1:S22-5.
- <sup>45</sup> Wrotniak BH, Epstein LH, Paluch RA, Roemmich JN. Parent weight change as a predictor of child weight change in family-based behavioral obesity treatment. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158:342-347.

- <sup>46</sup> Wardle J, Sanderson S, Guthrie CA, Rapoport L, Plomin R. Parental feeding style and the intergenerational transmission of obesity risk. *Obesity Research* 2002;10, 453–462.
- <sup>47</sup> Brown KA, Ogden J, Vögele C, Gibson EL. The role of parental control practices in explaining children's diet and BMI. *Appetite*. 2008 Mar-May;50(2-3):252-9.
- <sup>48</sup> Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C. Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *Br J Nutr*. 2008 Feb;99 Suppl 1:S22-5.
- <sup>49</sup> Lindsay AC, Sussner KM, Kim J, Gortmaker S. The role of parents in preventing childhood obesity. *Future Child*. 2006 Spring;16(1):169-86.
- <sup>50</sup> Epstein LH, Dearing KK, Temple JL, Cavanaugh MD. Food reinforcement and impulsivity in overweight children and their parents. *Eat Behav*. 2008 Aug;9(3):319-27.
- <sup>51</sup> Heinberg LJ, Kutchman EM, Lawhun SA, Berger NA, Seabrook RC, Cuttler L, Horwitz SM. Parent Involvement Is Associated With Early Success in Obesity Treatment. *Clin Pediatr (Phila)*. 2009 Jun 1.
- <sup>52</sup> Summerbell CD, Ashton V, Campbell KJ, Edmunds L, Kelly S, Waters E. Interventions for treating obesity in children (review). *The Cochrane Library*. 2007;2:1-56 – Golan M, Crow S. Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutr Rev*. 2004 Jan;62(1):39-50.
- <sup>53</sup> Golan M, Crow S. Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutr Rev*. 2004 Jan;62(1):39-50.
- <sup>54</sup> Golan M, Kaufman V, Shahar DR. Childhood obesity treatment: targeting parents exclusively v. parents and children. *Br J Nutr*. 2006 May;95(5):1008-15.
- <sup>55</sup> Golan M, Fainaru M, Weizman A. Role of behaviour modification in the treatment of childhood obesity with the parents as the exclusive agents of change. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1998 Dec;22(12):1217-24.
- <sup>56</sup> Polley DC, Spicer MT, Knight AP, Hartley BL. Intrafamilial correlates of overweight and obesity in African-American and Native-American grandparents, parents, and children in rural Oklahoma. *J Am Diet Assoc* 2005;105:262–5.
- <sup>57</sup> Jiang J, Rosenqvist U, Wang H, Greiner T, Lian G, Sarkadi A. Influence of grandparents on eating behaviors of young children in Chinese three-generation families. *Appetite*. 2007 May;48(3):377-83.

- <sup>58</sup> Davis MM, McGonagle K, Schoeni RF, Stafford F. Grandparental and parental obesity influences on childhood overweight: implications for primary care practice. *J Am Board Fam Med*. 2008 Nov-Dec;21(6):549-54.
- <sup>59</sup> Flick, Uwe; Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (orgs.). *A Companion to Qualitative Research*. London: SAGE, 2004, p. 214-221.
- <sup>60</sup> Comissão Europeia, EuropeAid, site Web da Unidade de Avaliação das Direcções Gerais, Acedido a 2010 Dez 05. Disponível em:  
[http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/tools/too\\_fcg\\_whe\\_pt.htm](http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/tools/too_fcg_whe_pt.htm)
- <sup>61</sup> Krueger RA. *Group dynamics and focus groups. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. (2ª Ed.). Lippincott-Raven Publishers. Philadelphia. 1996.
- <sup>62</sup> Lewis M. *Focus group interviews in qualitative research: a review of the literature*. 1995. Acedido a 2010 Dez 05. Disponível em:  
<http://www.scu.edu.au/schools/gcm/ar/arr/arrow/rlewis.html>
- <sup>63</sup> Bardin L. *Análise de conteúdo*. 1979. Edições 70. Lisboa.
- <sup>64</sup> Charmaz K. *Grounded Theory*. In: Smith JA, Harré R, Langenhove L (Editors). *Rethinking Methods in Psychology*. Sage. London. 1995; pp 27-49.
- <sup>65</sup> WHO. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation*. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organization, 2000.
- <sup>66</sup> Cole T, Flegal K, Nicholls D, Jackson A. *Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey*. *BMJ*. 2007 Jul 28;335(7612):194.
- <sup>67</sup> Ferreira J, Loureiro I, Carmo I. *Prevalência de obesidade infanto-juvenil: associação com os hábitos alimentares, actividade física e comportamentos sedentários dos adolescentes escolarizados de Portugal Continental*. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. 2010.
- <sup>68</sup> Pearce A, Li L, Abbas J, Ferguson B, Graham H, Law C; Millennium Cohort Study Child Health Group. *Is childcare associated with the risk of overweight and obesity in the early years? Findings from the UK Millennium Cohort Study*. *Int J Obes (Lond)*. 2010 Jul;34(7):1160-8

- <sup>69</sup> Devine CM, Farrell TJ, Blake CE, Jastran M, Wethington E, Bisogni CA. Work conditions and the food choice coping strategies of employed parents. *J Nutr Educ Behav.* 2009 Sep-Oct;41(5):365-70.
- <sup>70</sup> McIntosh WA, Kubena KS, Tolle G, Dean WR, Jan JS, Anding J. Mothers and meals. The effects of mothers' meal planning and shopping motivations on children's participation in family meals. *Appetite.* 2010 Dec;55(3):623-8. Epub 2010 Sep 24.
- <sup>71</sup> Kral TV, Rauh EM. Eating behaviors of children in the context of their family environment. *Physiol Behav.* 2010 Jul 14;100(5):567-73.
- <sup>72</sup> Wood F, Robling M, Prout H, Kinnersley P, Houston H, Butler C. A question of balance: a qualitative study of mothers' interpretations of dietary recommendations. *Ann Fam Med.* 2010 Jan-Feb;8(1):51-7.
- <sup>73</sup> Waterlander WE, de Mul A, Schuit AJ, Seidell JC, Steenhuis IH. Perceptions on the use of pricing strategies to stimulate healthy eating among residents of deprived neighbourhoods: a focus group study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010 May 19;7:44
- <sup>74</sup> Hood MY, Moore LL, Sundarajan-Ramamurti A, Singer M, Cupples LA, Ellison RC. Parental eating attitudes and the development of obesity in children. The Framingham Children's Study. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2000 Oct;24(10):1319-25.
- <sup>75</sup> Redsell SA, Atkinson P, Nathan D, Siriwardena AN, Swift JA, Glazebrook C. Parents' beliefs about appropriate infant size, growth and feeding behaviour: implications for the prevention of childhood obesity. *BMC Public Health.* 2010 Nov 18;10(1):711.
- <sup>76</sup> Hawkins SS, Cole TJ, Law C. Maternal employment and early childhood overweight: findings from the UK Millennium Cohort Study. *Int J Obes (Lond).* 2008 Jan;32(1):30-8.
- <sup>77</sup> Adams AK, Quinn RA, Prince RJ. Low recognition of childhood overweight and disease risk among Native-American caregivers. *Obes Res.* 2005 Jan;13(1):146-52.
- <sup>78</sup> Popkin BM. Global changes in diet and activity patterns as drivers of the nutrition transition. *Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program.* 2009.
- <sup>79</sup> Shi L. Excessive recreational computer use and food consumption behaviour among adolescents. 2010 Aug 5;36(1):52.