

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ESTRATÉGIAS ALIMENTARES PARENTAIS:
CONSTRUÇÃO E ESTUDO PILOTO DE UM
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA PAIS DE
CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR**

Cátia Sofia Teixeira Oliveira Alves

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde
Psicologia da Saúde e da Doença**

2019

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ESTRATÉGIAS ALIMENTARES PARENTAIS:
CONSTRUÇÃO E ESTUDO PILOTO DE UM
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA PAIS DE
CRIANÇAS EM IDADE PRÉ-ESCOLAR**

Cátia Sofia Teixeira Oliveira Alves

Dissertação Orientada pela Professora Doutora Luísa Barros

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde
Psicologia da Saúde e da Doença**

2019

Agradecimentos

No culminar desta minha caminhada, recheada de momentos, tenho de agradecer a todos aqueles que estiverem presentes, não só ao longo deste trabalho, e que, direta ou indiretamente, me ajudaram a chegar aqui.

À Professora Doutora Luísa Barros, por toda a orientação, ajuda, exigência e paciência, que, mesmo com a “avalanche” de e-mails que enviava e todas as perguntas que fazia, sempre me tentou ajudar da melhor maneira e sempre teve uma palavra de incentivo.

À Professora Ana Isabel Pereira e à Doutora Ana Gomes, que sempre se mostraram disponíveis para esclarecer qualquer dúvida que tivesse ao longo deste trabalho cujo tema que pode ser tão complexo.

Quero agradecer a toda a minha família, de Lisboa, Celorico de Basto e Vianden, que, longe ou perto, sempre me apoiaram imenso nesta caminhada, acreditaram no meu potencial e se orgulharam de mim, por conseguir ser a primeira pessoa da toda a família a tentar alcançar o grau de mestrado. Um agradecimento especial aos meus pais e ao meu irmão, que foram o meu pilar em todos os momentos e estiveram sempre presentes para mim, mesmo quando já nem eu tinha cabeça para me ouvir. Sem eles, nada disto seria possível.

Ao Iuri, que com o seu amor e carinho reconfortantes e incansáveis, me deu muita força e me assegurou de que tudo iria correr bem e que seria bem sucedida neste meu projeto, chegando, por vezes, a acreditar mais em mim do que eu própria.

À Samwa, a minha irmã de coração e melhor amiga, que foi sempre um porto de abrigo, estando sempre ao meu lado ao longo destes cinco anos, com um abraço inigualável como ninguém tem. Será sempre um dos sorrisos que eu mais estimo na minha vida.

À Débora, ao Alexandre, ao Rui Pedro e à Ana Margarida, pessoas que estarão eternamente no meu coração, por serem mais do que amigos, uma segunda família que me deu bastante apoio, que me arrancou muitas gargalhadas, mesmo nos dias mais difíceis, e me deu forças para continuar a ser uma “faz-tudo”, algo que me caracteriza.

Um agradecimento especial à Mariana que, para além de pertencer a esta família, me ajudou na revisão final deste trabalho.

À Joana R., à Raquel, à Sara, à Inês, à Ana L. e à Joana D., amigas que entraram na minha vida há cinco anos, mas que, sem dúvida, ficarão para sempre, pela tamanha amizade que criámos e apoio incondicional prestado, por compreenderem tão bem quão difícil é, por vezes, esta caminhada. Um agradecimento especial à Ana M. que, para além disto, foi a minha maior companhia ao longo destes meses, e à Patrícia, que partilhou este trabalho comigo, com todo o esforço que implicou.

Ao Grupo de Teatro *Bambolinas*, outra família que me acompanha e que, apesar de brincar muitas vezes comigo por ter escolhido o caminho da Psicologia, me apoia e fica feliz pelas minhas vitórias.

À família “Vilarinho”, que mesmo não sendo sangue do meu sangue, sei que se orgulha da minha caminhada como se partilhássemos o mesmo apelido.

E, finalmente, a todas as instituições e pais que colaboraram connosco, disponibilizando-se a participar e a divulgar o questionário, tornando-se indispensáveis para este trabalho.

Resumo

Este trabalho teve como objetivo principal a construção e validação psicométrica preliminar de um questionário sobre práticas parentais alimentares. Pretendeu-se, igualmente, avaliar as práticas utilizadas por pais de crianças pré-escolares e explorar associações entre estas práticas e outras variáveis dos pais e da criança. Uma amostra de 302 pais de crianças (2 aos 6 anos) respondeu a um protocolo divulgado *online*, incluindo um questionário sociodemográfico, o *Questionário das Práticas Parentais Relacionadas com a Alimentação*, um item sobre preocupação parental com o peso da criança e outro sobre o temperamento da criança.

O instrumento sobre estratégias alimentares parentais ficou constituído por três escalas independentes (*Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão*, *Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos* e *Práticas Ineficazes de Controlo*), que mostraram níveis adequados de consistência interna para cada escala e subescala, e uma estrutura fatorial teoricamente consistente, explicando níveis razoáveis de variância total. As *Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos* foram as mais reportadas pelos pais e as *Práticas Ineficazes de Controlo* as menos utilizadas. Pais com mais anos de escolaridade reportaram usar mais práticas eficazes, como *Dar Opções*, *Restrição de Comida Não Saudável* e a *Exposição a Vegetais e Frutas* e menos práticas ineficazes como a *Pressão para Comer* e *Permissividade*, enquanto pais com um Índice de Massa Corporal mais elevado utilizavam mais a *Permissividade* e menos a *Exposição a Vegetais e Frutas*.

Este questionário pode permitir a avaliação da eficácia de intervenções que visam a promoção de práticas alimentares parentais consideradas mais eficazes, cujo objetivo é o de promover uma alimentação mais variada e saudável para os seus filhos, algo crucial, não apenas em termos do seu crescimento e desenvolvimento, mas também em termos de saúde, prevenindo a obesidade e algumas doenças crónicas.

Palavras-chave: práticas alimentares parentais; crianças em idade pré-escolar; autorregulação em contexto alimentar; avaliação

Abstract

The main aim of this study was to develop and conduct preliminary tests of the psychometric properties of a questionnaire about food parenting practices. We also aimed to identify the food practices used by parents of preschoolers and to explore the associations between these practices and parents' and children's variables. A sample of 302 parents of preschoolers (2 to 6 years old) answered an online protocol, including a sociodemographic questionnaire, the *Food Parenting Practices Questionnaire*, an item on parental concerns about the child's weight and another item about the child's temperament.

The instrument about food parenting practices consists of three independent scales (*Self-regulation Promoting Practices*, *Practices related to Food Availability and Ineffective Control Practices*) that showed good levels of internal consistency at each scale and subscale level, and a theoretically consistent factorial structure, explaining a reasonable amount of the total variance. The *Practices related to Food Availability* were the most reported by the parents and the *Ineffective Control Practices* were the least used. Parents with higher education reported the use of more effective practices, such as *Giving Options*, *Restriction of Unhealthy Food* and *Exposure to Vegetables and Fruits*, and less ineffective practices, such as *Pressure to Eat* and *Permissiveness*. Parents with higher Body Mass Index used more often *Permissiveness* strategies and less frequently *Exposure to Vegetables and Fruits*.

This questionnaire allows to assess the efficacy of interventions to promote more effective food parenting practices, aiming to promote more diversified and healthier child eating patterns, which is crucial to their growth and development, but also to their future health, preventing the obesity and some chronic diseases.

Keywords: food parenting practices, preschoolers; self-regulation in eating; evaluation

Índice Geral

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Introdução	1
Alimentação em Crianças Pré-escolares	1
Hábitos Alimentares nas Crianças Pré-escolares	2
Estilos e Práticas Parentais	2
Práticas Alimentares Parentais	3
Categorias de práticas alimentares parentais	3
Modelos Teóricos de Práticas Alimentares Parentais	12
Determinantes das Práticas Alimentares Parentais	14
Determinantes relacionados com a criança	14
Determinantes relacionados com os pais	16
Objetivos	17
Objetivo Geral	18
Objetivos Específicos	18
Metodologia	18
Construção do Questionário sobre Estratégias Parentais relacionadas com a Alimentação	18
Participantes	19
Instrumentos	20
<i>Questionário Sociodemográfico</i>	20
Avaliação da preocupação parental com o peso da criança	20
<i>Questionário sobre Práticas Parentais relacionadas com a Alimentação</i>	20
Avaliação do temperamento	21
Procedimento	21
Análise de Dados	22

Resultados.....	24
Caracterização da Amostra	24
Construção, Análise e Validação Psicométrica do <i>Questionário de Práticas Parentais Relacionadas com a Alimentação</i>	24
Resultados Descritivos relativos à Caracterização das Práticas Alimentares Parentais reportadas.....	35
Explorar as associações entre as Práticas Alimentares Parentais e as Características Demográficas dos pais, o IMC auto reportado dos pais e a Idade da criança.....	38
Explorar as associações entre as Práticas Alimentares Parentais e a Preocupação parental com o peso da criança e o Temperamento da criança.....	45
Discussão	49
Conclusões.....	55
Referências Bibliográficas.....	58
Anexos	70
Anexo 1 – Protocolo de Consentimento Informado	70
Anexo 2 – Exemplo de questões do <i>Questionário de Práticas Parentais Relacionadas com a Alimentação</i>	72

Índice de Quadros

Quadro 1: Escala “Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão”	25
Quadro 2: Média das correlações inter item e consistência interna para a escala e respectivas subescalas.....	27
Quadro 3: Correlações entre subescalas segundo o Coeficiente de Pearson ¹ e Spearman ²	28
Quadro 4: Escala “Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos”.....	29
Quadro 5: Média das correlações inter item e consistência interna para a escala e respectivas subescalas.....	30
Quadro 6: Correlações entre subescalas segundo o Coeficiente de Pearson ¹ e Spearman ²	30
Quadro 7: Escala “Práticas Ineficazes de Controlo”	31
Quadro 8: Média das correlações inter item e consistência interna para a escala e respectivas subescalas.....	33
Quadro 9: Correlações entre subescalas segundo o Coeficiente de Pearson ¹ e Spearman ²	34
Quadro 10: Correlações entre as três escalas segundo o Coeficiente de Pearson	35
Quadro 11: Estatística Descritiva das três escalas	36
Quadro 12: Estatística Descritiva das subescalas da Escala de “Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão”	36
Quadro 13: Estatística Descritiva das subescalas da Escala de “Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos”	37
Quadro 14: Estatística Descritiva das subescalas da Escala de “Práticas Ineficazes de Controlo”	37
Quadro 15: Correlações entre a Escala de “Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão” e respectivas subescalas e a idade da criança, segundo o Coeficiente de Pearson ¹ e Spearman ²	38
Quadro 16: Comparação da Escala de “Práticas Promotoras da Autorregulação na Ingestão” e respectivas subescalas entre diferentes grupos de escolaridade ^{a)}	40
Quadro 17: Comparação da Escala de “Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos” e respectivas subescalas entre diferentes grupos de escolaridade ^{a)}	41
Quadro 18: Comparação da Escala de “Práticas Ineficazes de Controlo” e respectivas subescalas entre diferentes grupos de escolaridade ^{a)}	43

Quadro 19: <i>Comparação da escala “Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos” (subescala “Exposição a Vegetais e Frutas”) entre grupos de IMC dos pais auto reportado ^{a)} – Teste T</i>	44
Quadro 20: <i>Comparação da escala “Práticas Ineficazes de Controle” (subescala “Permissividade”) entre grupos de IMC dos pais auto reportado ^{a)} – Teste T</i>	45
Quadro 21: <i>Preocupação parental com o peso da criança</i>	46
Quadro 22: <i>Correlações entre a Escala de “Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão” e respectivas subescalas e a preocupação parental com o peso da criança, segundo o Coeficiente de Pearson¹ e Spearman²</i>	47
Quadro 23: <i>Correlações entre a Escala de “Práticas Ineficazes de Controle” e respectivas subescalas e a preocupação parental com o peso da criança, segundo o Coeficiente de Pearson¹ e Spearman²</i>	48
Quadro 24: <i>Frequências do temperamento da criança</i>	49

Introdução

Alimentação em Crianças Pré-escolares

Uma alimentação variada e saudável é crucial, não só em termos de saúde, mas também do crescimento e desenvolvimento da criança. O período pré-escolar é um tempo de crescimento veloz particularmente importante para o desenvolvimento dos padrões alimentares futuros, mas também uma fase onde vários riscos podem contribuir para o desenvolvimento de obesidade (Birch & Fisher, 1998; Savage, Fisher, & Birch, 2007). A alimentação saudável é importante para um crescimento saudável, não dependendo somente de uma informação nutricional adequada, mas também das preferências, as atitudes aprendidas precocemente no seio familiar e outros fatores sociais e psicológicos (Anzman, Rollins, & Birch, 2010; Melbye & Hansen, 2015; Viana, 2002).

Para um crescimento e desenvolvimento adequados, a alimentação da criança em idade pré-escolar deve ter uma densidade elevada de nutrientes e moderada em energia, incluindo uma variedade de alimentos que contenham baixo teor de açúcar ou sal, tais como os vegetais e frutas, sendo que estes últimos providenciam as fibras alimentares que a criança necessita nesta fase (Anzman et al., 2010; Nunes & Breda, 2001).

Os pais desempenham um papel determinante na introdução de novos alimentos (Savage et al., 2007), sendo que estas experiências irão influenciar as preferências da criança e o seu comportamento alimentar (Roberts, Goodman, & Musher-Eizenman, 2018) ao longo da transição para a dieta adulta. Atitudes e comportamentos dos pais, orientados para a promoção de hábitos alimentares saudáveis na criança pré-escolar, contribuirão para manter ou melhorar a saúde geral. Estas práticas parentais permitem diminuir o risco de doenças ao longo de todo o desenvolvimento, nomeadamente, a obesidade, alguns cancros, diabetes tipo II, doença coronária e outras doenças crónicas (Baranowski, Cullen, Nicklas, Thompson, & Baranowski, 2003; Cross, Hallett, Ledoux, O'Connor, & Hughes, 2014; Hingle, 2012; Martins, 2016; O'Connor et al., 2010a).

Hábitos Alimentares nas Crianças Pré-escolares

Os hábitos alimentares correspondem ao padrão de alimentos tipicamente ingeridos por um indivíduo, aquilo que a pessoa come habitualmente, atendendo ao modo como os alimentos são selecionados, consumidos e utilizados (Baranowski et al., 2015; Martins, 2016). Os hábitos alimentares formam-se com base na familiaridade, sabor, aspeto e disponibilidade dos alimentos, sendo, também, influenciados pelo envolvimento cultural, a história familiar e pessoal, e resultam da interação entre fatores biológicos, ambientais e psicológicos (Diep et al., 2015; Martins, 2016; Savage et al., 2007; Viana, 2002; Viana et al., 2008).

Os hábitos alimentares (e.g. o que, quando e quanto se come) ou padrão de consumo alimentar da criança irá variar consoante a idade. Este padrão é moldado pela sua experiência direta de alimentação, através dos alimentos que lhe são disponibilizados, assim como pela observação do comportamento alimentar dos outros que a rodeiam (e.g. pais, pares) e pelas estratégias alimentares que os pais implementam (Johnson & Birch, 1994; Martins, 2016; Savage et al., 2007; Viana et al., 2008).

Estilos e Práticas Parentais

Os pais são, inevitavelmente, elementos chave no desenvolvimento da criança: reagem aos comportamentos e personalidade da criança e influenciam o seu comportamento e o ambiente social e físico que a rodeia (Larsen et al., 2015; O' Connor et al., 2010a; Vaughn et al., 2016). Os estilos parentais gerais são definidos como um conjunto de atitudes face à criança, que criam um clima emocional, no qual os comportamentos parentais são expressos (Durbin, Darling, Steinberg, & Brown, 1993; O'Connor et al., 2010a; Pinket et al., 2016). Os estudos de Baumrind (1971) e Maccoby e Martin (1983) permitem-nos conceptualizar quatro estilos parentais: autoritário, permissivo, negligente e autoritativo (Maccoby & Martin, 1983; Melbye & Hansen, 2015; Vaughn et al., 2016). Através do estilo parental geral são expressos comportamentos ou ações, intencionais ou não, desempenhados pelos pais, que influenciam as crenças, comportamentos ou atitudes da criança. Estes comportamentos constituem as práticas parentais (O' Connor et al., 2010a; Vaughn et al., 2016).

Práticas Alimentares Parentais

As práticas parentais podem ser específicas ao contexto da alimentação, correspondendo aos comportamentos utilizados pelos progenitores para influenciar a ingestão alimentar da criança, o que interfere no desenvolvimento das preferências, dos hábitos alimentares, da nutrição e no Índice de Massa Corporal [IMC] da criança (Birch et al., 2001; Hingle et al., 2012; Musher-Eizenman & Holub, 2007; O'Connor et al., 2010b).

Estas práticas também têm influência na autorregulação da criança em contexto alimentar. A autorregulação em contexto alimentar diz respeito à capacidade da criança regular a sua ingestão alimentar em resposta a pistas internas de saciedade ou fome, através de tentativas deliberadas para se autocontrolar (Herman & Polivy, 2004). Quando estas estratégias são ineficazes ou utilizadas de forma demasiado rígida ou excessiva, podem prejudicar esta autorregulação (Birch & Fisher, 1998). Segundo Fisher & Birch (2002), quando são disponibilizadas grandes porções alimentares e alimentos não saudáveis, as crianças com maiores capacidades de autorregulação irão ingerir uma menor quantidade de comida do que aquelas que possuem menor capacidade para se autorregular.

Categorias de práticas alimentares parentais

Desde a década de 60 que têm surgido múltiplos estudos sobre práticas alimentares, com diversas propostas de organização e classificação. O'Connor et al. (2017) fizeram um esforço de sistematização das práticas, tendo identificado 110 conceitos diferentes. Nesta secção, irei apresentar a classificação de Vaughn e colaboradores (2016), que tem sido considerada das mais inclusivas e consensuais. Estes autores sugeriram um mapa que organiza as práticas alimentares parentais em três grandes construtos - controlo coercivo, estrutura e suporte de autonomia - sendo que cada um destes construtos se desdobra em subconstrutos mais específicos. Para completar esta classificação, serão apresentadas as variações de construtos propostas por O'Connor e colaboradores (2016; 2017).

Práticas alimentares parentais de Controlo Coercivo

O **controlo coercivo** refere-se à tentativa de impor, dominar ou pressionar a vontade dos pais sobre a criança, prejudicando o desenvolvimento psicológico e emocional da criança, ao induzir sentimentos de culpa, ansiedade e retirada de afeto (Vaughn et al., 2016). As práticas de controlo coercivo são centradas nos pais, ou seja, têm em conta os seus desejos e objetivos, podendo ignorar as necessidades da criança. Considera-se que este tipo de práticas, embora podendo contribuir para que a criança tenha um padrão alimentar saudável no momento presente, seja menos eficaz a longo prazo (O'Connor et al., 2010b). Este construto inclui as estratégias: restrição, pressão para comer, ameaças e recompensas, utilização da comida para controlo de emoções negativas e controlo intrusivo (esta última de O'Connor et al., 2017).

A **restrição** é uma das práticas mais estudadas e envolve limites autoritários ao acesso ou oportunidades no contexto da alimentação. Incluem comportamentos como ordens ou ameaças, punição e indução de culpa. A restrição impede que a criança exerça a autorregulação, algo que pode conduzir a problemas posteriores de regulação do peso (Ek et al., 2016; Fisher & Birch, 1999; Martins, 2016; Musher-Eizenman & Holub, 2007; Savage, Rollins, Kugler, Birch, & Marini, 2017). A restrição pode ser diferenciada, com o objetivo de controlo de peso ou para a promoção da saúde, tendo-se verificado que ambas estão correlacionadas positivamente uma com a outra (Musher-Eizenman & Holub, 2007). A perceção que os pais têm acerca da alimentação da criança irá refletir os seus objetivos relacionados com a saúde e alimentação da criança (Ekim, 2016) e, portanto, quando a criança tem excesso de peso, isto conduzirá a uma maior preocupação por parte dos pais, o que pode levar a maior uso de estratégias alimentares restritivas (Ek et al., 2016; Fisher & Birch, 1999; Melbye & Hansen, 2015; Nowicka, Sorjonen, Pietrobelli, Flodmark, & Faith, 2014; Warkentin, Mais, Latorre, Carnell & Taddei, 2018). A restrição tende a ser contraproducente, pois os alimentos restringidos tornam-se mais atrativos, conduzindo a uma tendência para a criança os ingerir em demasia na ausência de fome, quando não existe um contexto de restrição (Boots, Tiggermann, & Corsini, 2017; Fisher & Birch, 1999; Johnson & Birch, 1994; Larsen et al., 2015; Rochinha & Sousa, 2012; Rollins, Savage, Fisher, & Birch, 2015).

Também a **pressão para comer**, a par da restrição, é uma das práticas alimentares mais estudada, sendo que, segundo Wehrly, Bonilla, Perez e Liew (2014), estas duas

estratégias tendem a estar associadas. Estes autores sugerem que os pais pressionam as crianças para comer alimentos saudáveis, mas restringem o consumo de alimentos não saudáveis e *snacks*. A pressão para comer possui duas vertentes: a vertente em que se pressiona a criança a ingerir uma maior quantidade e a pressão para comer mais alimentos saudáveis (Rochinha & Sousa, 2012). A pressão para uma maior ingestão alimentar corresponde a uma exigência ou insistência, por parte dos pais e durante a hora da refeição, para que a criança coma mais, através de pedidos repetidos para comer, forçar a criança a comer ou da insistência para a criança deixar o prato vazio, mesmo quando esta já mencionou que não quer comer mais, não tem fome ou não está interessada em comer (O'Connor et al., 2017; Vaughn et al., 2016).

Embora a pressão para comer tenda a ser contraproducente, esta estratégia pode ser utilizada por vários motivos (Steinsbekk, Belsky, & Wichstrøm, 2016). Os pais empregam mais esta estratégia quando a sua preocupação é a de que a criança não esteja a comer o suficiente e/ou tenha baixo peso, existindo uma menor probabilidade de ser utilizada quando a preocupação é o excesso de peso (Birch et al., 2001; Ek et al., 2016; Melbye & Hansen, 2015; Musher-Eizenman & Holub, 2007; Warkentin et al., 2018). Além disso, também tem sido demonstrado que, a longo prazo, esta prática pode desencadear uma resposta de oposição por parte da criança, causando aversões aos alimentos que esta é forçada a comer (e.g. frutas e vegetais) e até mesmo um menor prazer na alimentação (Martins, 2016; Webber, Hill, Cooke, Carnell, & Wardle, 2010).

Outra prática são as **ameaças ou recompensas**: muitas vezes, os pais tentam moldar os comportamentos alimentares da criança, utilizando recompensas desejadas por esta, alimentares ou não alimentares (e.g. *snacks*, doces, autocolantes, cromos, elogios, atividades), dado ter desempenhado um comportamento desejado pelos pais (e.g. ingerir mais frutas ou vegetais). Porém, os pais também podem utilizar o alimento desejado pela criança como uma ameaça, ao invés de uma recompensa (e.g. ameaçar retirar a sobremesa se não comer os vegetais) (Hingle et al., 2012; Martin-Biggers et al., 2015; Pocock, Trivedi, Wills, Bunn, & Magnusson, 2009; Vaughn et al., 2016). Ameaças e recompensas que tenham por base a comida podem diminuir a motivação interna da criança para ingerir alimentos saudáveis, aumentar a preferência pelo alimento empregado como recompensa (Rochinha & Sousa, 2012) e diminuir o gosto pelo alimento cujo consumo os pais pretendem que aumente.

Já a prática de **utilização da comida para o controlo de emoções negativas** corresponde ao uso de comida para acalmar a criança ou gerir os seus estados emocionais quando esta está aborrecida, magoada, zangada ou agitada (Musher-Eizenman & Holub, 2007; Vaughn et al., 2016). Há alguma evidência de que a utilização de comida para gerir as emoções da criança pode conduzir, a longo prazo, a hábitos de ingestão emocional (Blisset, Haycraft, & Farrow, 2010; Vaughn et al., 2016). Stifter e Moding (2017) consideram que a consequência de utilizar frequentemente a comida em circunstâncias não relacionadas com a fome é que a criança pode comprometer a sua capacidade de autorregulação e, conseqüentemente, coloca a criança em risco de obesidade.

Práticas alimentares parentais de Estrutura

A **estrutura** no contexto alimentar diz respeito à organização do ambiente que rodeia a criança para facilitar as suas competências: o ambiente físico é organizado, são aplicadas regras e limites no que diz respeito à alimentação e dado *feedback* à criança, com o objetivo de a ajudar a aprender e manter determinados comportamentos alimentares (Rollins et al., 2015; Savage et al., 2017; Vaughn et al., 2016). É um tipo de controlo parental indireto, que não é percebido pela criança como controlo direto, e que recorre a práticas não coercivas: a combinação destas práticas, juntamente com o baixo uso de práticas de controlo diretivo, pode conduzir a um aumento do consumo de frutas e vegetais em crianças mais novas e a um menor consumo de *snacks* (Boots et al., 2017; Grolnick & Pomerantz, 2009; O' Connor et al., 2010a).

As **regras e limites** podem visar uma variedade de contextos (e.g. refeições na escola, em ocasiões especiais, em família) e de aspetos relativos à alimentação, nomeadamente, que tipo de alimentos são limitados ou encorajados pelos pais, quando determinados alimentos são consumidos, onde as refeições e os *snacks* podem ser consumidos ou quanto a criança pode comer (Lopez et al., 2012; Vaughn et al., 2016). Neste caso, as expectativas, os limites e as diretrizes são dadas a conhecer à criança (O'Connor et al., 2017). Vaughn e colaboradores (2016) consideram que a maneira como as regras são definidas, comunicadas e aplicadas desempenha um papel determinante no impacto que estas vão ter na alimentação. Além disso, regras que tenham sido aplicadas recentemente podem ter pouco efeito a curto prazo, principalmente se a criança não estiver habituada a cumprir regras e limites de uma forma geral – porém, a longo prazo e

com um uso consistente, a aprendizagem das regras pode acontecer e, assim, melhorar a sua alimentação.

A prática das **escolhas limitadas ou guiadas** caracteriza-se pelos meios utilizados para os pais darem à criança algum controlo sobre aquilo que come, mas de forma a ser guiado de acordo com as opções que os pais consideram apropriadas ou aceitáveis. A criança pode escolher, mas dentro de um leque limitado de opções (e.g. escolher os alimentos que quer comer, daqueles que estão preparados), ou seja, há uma partilha da tomada de decisão entre os pais e a criança (Martin-Biggers et al., 2015; Vaughn et al., 2016).

A **monitorização** é definida como a frequência com que os pais acompanham ou verificam o consumo de diferentes alimentos por parte da criança (especialmente *snacks*, alimentos com alto teor de gordura e doces). Musher-Eizenman e Holub (2007) verificaram que os pais que se sentiam mais responsáveis pelos hábitos alimentares reportaram maior uso de monitorização, o que, por sua vez, demonstrou estar correlacionado positivamente com a criação de um ambiente positivo, encorajamento do equilíbrio e variedade alimentar e com a modelagem e, negativamente, com a utilização da comida para controlo das emoções negativas e como recompensa. Alguns estudos demonstraram que a monitorização está associada a uma alimentação saudável, no entanto, outros não encontraram esta associação, pois, embora a monitorização possa ser promotora de comportamentos alimentares saudáveis, demasiada monitorização pode ter um efeito contraproducente e afetar negativamente estes comportamentos (Vaughn et al., 2016).

A implementação de **rotinas nas refeições e *snacks*** providenciam uma estrutura que envolve o momento, o ambiente, a presença de membros familiares, localização e a presença ou ausência de distrações (e.g. televisão) durante estes períodos de refeição. As refeições em família estão associadas a uma maior qualidade na alimentação da criança, podendo ser um fator protetor em relação a perturbações alimentares na adolescência (Neumark-Sztainer, Hannan, Story, Croll, & Perry, 2003; Vaughn et al., 2016). Além disso, estas rotinas também estão positivamente associadas aos níveis de autorregulação da criança (Frankel et al., 2018).

A teoria sociocognitiva postula que a **modelagem** parental dos comportamentos é importante para ensinar hábitos positivos às crianças (Baranowski, Perry & Parcel, 2002),

incluindo os comportamentos alimentares, fazendo dos pais elementos chave para a promoção do consumo de frutas e vegetais e para a prevenção da obesidade (Martin-Biggers et al., 2015; Pocock et al., 2009; Vaughn et al., 2016). Neste contexto, a modelagem pode ser definida como esforços intencionais, através dos quais os pais demonstram ativamente comportamentos de alimentação saudável, mostrando entusiasmo por alimentos saudáveis ou ingerindo esses alimentos na presença da criança (Musher-Eizenman & Holub, 2007; Vaughn et al., 2016). Ademais, se os pais se alimentam de forma saudável, os seus filhos terão uma maior probabilidade de, também eles, se alimentarem de forma saudável (Boots et al., 2017). Não só os pais, mas também os irmãos mais velhos ou os colegas de escola (Hingle et al., 2012) podem constituir modelos alimentares. Contudo, esta modelagem pode ser difícil de controlar, principalmente quando há outros adultos ou familiares que modelam comportamentos inadequados (Pocock et al., 2009).

A **disponibilidade de alimentos** constitui a presença ou ausência de determinados alimentos em casa, sendo esta uma forma de moldar o ambiente de alimentação, não só para aumentar o consumo de frutas e vegetais da criança, mas também para evitar o consumo de determinados alimentos considerados não saudáveis (Beltran et al., 2017; O'Connor et al., 2010a; Vaughn et al., 2016). É necessário enfatizar que restringir o acesso a determinados alimentos menos saudáveis é diferente de estes não estarem disponíveis. Neste caso, trata-se da criação de um ambiente em que alimentos menos saudáveis não se encontram disponíveis, o que não acarreta os efeitos contraproducentes característicos da restrição (O'Connor et al., 2010b). É importante referir que a disponibilidade alimentar não é apenas influenciada pelos pais, mas também pela criança, ao expressar as suas preferências e fazer pedidos específicos para a compra de determinado(s) alimento(s). As crianças influenciam direta e indiretamente que alimentos se encontram disponíveis no ambiente doméstico, na medida em que os pais controlam o que está disponível em casa, mas têm em conta as preferências da criança quando compram algo ou permitem que a criança escolha um determinado alimento (Beltran et al., 2017).

A **acessibilidade de alimentos** inclui ações que controlam o quão fácil ou difícil é, para a criança, ter acesso a determinados alimentos por si mesma ou com assistência limitada (i.e. manter alimentos saudáveis à vista e/ou preparados e prontos a comer) (Hingle et al., 2012; Martin-Biggers et al., 2015; Vaughn et al., 2016). Esta prática tem

sido estudada a par com a prática de disponibilidade, uma vez que partilham aspetos comum e ambas podem contribuir para o aumento do consumo de frutas e vegetais e para a redução do consumo de bebidas açucaradas ou guloseimas.

A **preparação dos alimentos** diz respeito à frequência e à quantidade de tempo em que os pais participam na preparação das refeições, assim como aos métodos que os pais utilizam para as preparar (Vaughn et al., 2016). Algumas das estratégias utilizadas, de maneira a promover uma alimentação saudável e a ultrapassar as barreiras de sabor e preferência são: utilizar versões saudáveis de produtos (e.g. iogurte natural), substituir alimentos não saudáveis por alternativas saudáveis (e.g. fruta como *snack*), evitar a utilização de determinados temperos (e.g. molhos processados) e/ou utilizar outros condimentos mais saudáveis (e.g. azeite ou limão), modificar os alimentos para os tornar mais saudáveis (e.g. tirar a gordura visível da carne), modificar a apresentação dos alimentos (tornando-os mais apelativos para a criança) e misturar frutas e/ou vegetais no prato principal, de maneira a disfarçar o sabor ou consistência que a criança aprecia menos (Hingle et al., 2012; Martin-Biggers et al., 2015; Nepper & Chai, 2016; Vaughn et al., 2016).

Quanto às **pistas para a alimentação**, categoria introduzida por O'Connor e colaboradores (2017), define-se pela sugestão à criança, por parte dos pais, para comer alimentos saudáveis, sem forçá-la e sem consequências, não havendo um foco na alimentação para além da saciedade, mas sim nas pistas para comer alimentos nutritivos. Já a **exposição** a variedade/seleção diz respeito à exposição regular e repetida da criança a alimentos saudáveis, incluindo múltiplas formas de preparar ou comer alimentos saudáveis (O'Connor et al., 2017). É normal a recusa de um alimento novo, mas quanto mais vezes este é apresentado e provado pela criança, maior a sua aceitação. Como tal, no caso das frutas e vegetais, nomeadamente, aqueles com um sabor mais diferente ou mais amargo, a exposição aparenta ser essencial para alterar a preferência ou aceitação da criança (Sullivan & Birch, 1994).

As **práticas não estruturadas** caracterizam-se como a falta de controlo parental ou de estrutura relativamente à alimentação da criança, delegando à criança um completo controlo da sua alimentação, incluindo o momento e a frequência das refeições e *snacks* e a quantidade e tipo de alimentos ingeridos. Este tipo de práticas pode refletir um estilo parental alimentar negligente, devido a esta falta de supervisão e orientação, e/ou um

estilo parental alimentar permissivo, ao atender às exigências da criança e permitir decisões inapropriadas, o que pode estar associado a uma baixa restrição dos alimentos não saudáveis, e provavelmente conduzirá a que a criança tenha mais peso e uma menor qualidade de alimentação (Vaughn et al., 2016; Webber et al., 2010).

Práticas alimentares parentais de Suporte à Autonomia da criança

Segundo a teoria da autodeterminação de Ryan & Deci, (2000), o suporte de autonomia pode ser interpretado em termos de dotar a criança de capacidades para se autorregular quando os pais não se encontram por perto, ajudando-a a desenvolver um sentido de agência pessoal e comportamentos que os pais estão a tentar incutir. O suporte à autonomia no comportamento alimentar envolve a criação de um clima emocional, no qual a criança se sente incondicionalmente aceita e valorizada durante estas interações pai-criança, num cenário de alimentação; providenciar estrutura suficiente, onde a criança pode ser envolvida nas escolhas alimentares, tendo em conta o seu desenvolvimento; e o envolvimento em conversas, com a criança, sobre os motivos para as regras e limites para alimentação (Grolnick & Pomerantz, 2009). A falta de conhecimento por parte da criança pode ser considerada pelos pais como uma barreira para comportamentos alimentares saudáveis (Martin-Biggers et al., 2015; Pocock et al., 2009). Assim sendo, como definido por Vaughn e colaboradores (2016), a **educação alimentar** reflete tentativas, por parte dos pais, para passar informação e desenvolver capacidades que ajudem a criança a fazer escolhas informadas sobre os alimentos que consome, apoiando a autonomia da criança. Todavia, é de notar que melhores conhecimentos acerca da alimentação e nutrição não implicam, necessariamente, uma ingestão alimentar mais saudável (Viana et al., 2008).

Na prática do **envolvimento da criança**, os pais têm em consideração as suas preferências e desejos ao envolvê-la ativamente, por exemplo, nas compras, no planeamento e preparação dos alimentos, dando uma oportunidade à criança de se acostumar a novos alimentos e permitindo, assim, que os pais transmitam algumas tradições familiares. Este envolvimento inclui a partilha na tomada de decisão, assim como a solicitação da opinião da criança sobre que alimentos a comprar e o que preparar para as refeições (Martin-Biggers et al., 2015; O'Connor et al., 2017; Vaughn et al., 2016). O envolvimento da criança nas compras dos alimentos e preparação das refeições

pode ser benéfico para os seus hábitos alimentares, nomeadamente, no aumento do consumo de vegetais (Entin, Kaufman-Shriqui, Naggan, Vardi, & Shahr, 2014).

Quanto ao **encorajamento**, consiste em formas não diretivas de os pais tentarem inspirar ou persuadir a criança, de forma positiva, gentil e apoiante, a adotar comportamentos alimentares saudáveis, sem forçar a criança nem atribuir consequências associadas. Este encorajamento é feito através de estratégias específicas como pedidos ou sugestões, embora o modo como estes pedidos são feitos seja crucial, uma vez que pedidos intrusivos podem aproximar-se mais da prática de pressão para comer, e como tal, não ter o efeito desejado na criança. Portanto, tentativas menos diretas (e.g. questões, lembranças) conduzem à criação de um ambiente facilitador de maior autonomia, positivo e apoiante, favorecendo a receptividade destes pedidos e conduzindo à promoção da autorregulação (Martin-Biggers et al., 2015; O'Connor et al., 2017; Vaughn et al., 2016).

Já o **elogio** é um tipo de reforço positivo, em que é dado *feedback* verbal à criança, podendo aumentar a aceitação de novos alimentos. Apesar de o elogio ser, maioritariamente, de tom positivo, é essencial diferenciar os diferentes tipos de elogio, pois podem ter impactos diferenciados (Kamins & Dweck, 1999). Ainda existe alguma preocupação relativa ao impacto do elogio na motivação interna da criança, mas há evidência de que o elogio pode ser uma estratégia eficaz para encorajar a criança a provar ou consumir alimentos saudáveis, dependendo o seu sucesso do tom e da natureza do mesmo (Martin-Biggers et al., 2015; Vaughn et al., 2016).

O'Connor e colaboradores (2017) consideraram o **apelo ao raciocínio e a negociação** como uma prática única, caracterizando-a como as explicações dadas à criança para a educar acerca da qualidade nutricional dos alimentos, incluindo a referência a consequências de consumir alimentos não saudáveis ou os benefícios de ingerir alimentos saudáveis, utilizando a lógica para persuadir a criança a alterar o seu comportamento alimentar. Na conceptualização de Vaughn et al. (2016), o apelo ao raciocínio consiste na utilização da lógica para induzir a criança a alterar o seu comportamento alimentar, tentando persuadi-la acerca dos atributos positivos do alimento ou, no caso de alimentos não saudáveis, tentar demonstrar os seus atributos negativos. Há evidência de que o apelo ao raciocínio está associado positivamente à conformidade da criança aos pedidos dos pais, às recusas da criança e ao aumento da ingestão de frutas e vegetais (Vaughn et al., 2016). Estes autores consideram a negociação como uma

discussão entre o/a pai/mãe e a criança, com vista à resolução das diferenças sobre o tipo ou a quantidade de alimentos a ser consumidos pela criança. Esta prática apoia a autonomia da criança, dado que os pais conhecem e respeitam as preferências da criança, sendo que alguns dados longitudinais associam a negociação à ingestão de frutas e vegetais (Vaughn et al., 2016).

Modelos Teóricos de Práticas Alimentares Parentais

Vários são os modelos teóricos existentes sobre as práticas alimentares parentais. Neste trabalho, serão abordados quatro dos modelos identificados como de maior relevância na evolução desta área de estudos.

Birch foi a pioneira nos estudos sobre as práticas alimentares parentais, identificando estratégias de restrição, pressão para comer e monitorização. O *Child Feeding Questionnaire* [CFQ] (Birch et al., 2001) foi construído a partir destas dimensões teóricas. Fisher & Birch (1999) demonstraram que maiores níveis de restrição por parte das mães (e maior perceção desta mesma restrição) estavam associados, nas raparigas, a uma maior ingestão de energia num contexto não restritivo. Além disso, verificaram que quanto maior a adiposidade da criança, maior a preocupação e, conseqüentemente, o surgimento de uma abordagem restritiva. Foram, também, encontradas diferenças em termos de género, verificando que aos rapazes eram proporcionadas maior iniciativa e mais escolha do que às raparigas. No estudo de Birch e Fisher (2000), as práticas alimentares maternas e a perceção de risco de excesso de peso das suas filhas podem representar influências relevantes na alimentação e no peso da criança. Ademais, na aplicação do CFQ, verificou-se que maiores níveis de restrição estavam associados a uma maior monitorização e pressão para comer (Birch et al., 2001).

Posteriormente, Ogden, Reynolds e Smith (2006), com base no modelo de Birch, e considerando resultados contraditórios sobre as conseqüências das práticas de controlo parental, propuseram uma diferenciação de dois tipos de controlo, nomeadamente, o controlo positivo indireto (i.e. controlo da ingestão da criança, de forma a não ser detetado pela criança) e o controlo negativo coercivo/direto (i.e. controlo da ingestão da criança, de forma a ser detetado pela criança). Estes autores sugerem que o tipo de controlo usado estava associado ao peso dos pais e à perceção do peso da criança: pais com um menor peso e pais que avaliam as crianças como tendo um peso mais elevado tinham maior

probabilidade de usar o controlo positivo indireto. Além disso, contrariamente à conclusão de Fisher e Birch (1999), neste mesmo estudo, o controlo coercivo direto mostrou-se associado a um aumento do consumo de *snacks* saudáveis.

Considerando a diversidade de modelos e de práticas anteriormente estudadas, Musher-Eizenman e Holub (2007) procederam à construção de uma escala (*Comprehensive Feeding Practices Questionnaire*), a partir da integração de outros instrumentos e pretendendo sido exaustiva na descrição das práticas. As dimensões obtidas foram: monitorização, comida para regulação emocional (i.e. os pais utilizam a comida face aos estados emocionais da criança), comida como recompensa, controlo da criança (i.e. pais permitem que a criança controle os seus comportamentos alimentares e as interações alimentares pais-criança), modelagem, restrição para controlo do peso (i.e. pais controlam a ingestão alimentar da criança com o propósito de diminuir ou manter o peso da criança), restrição por motivos de saúde (i.e. pais controlam a ingestão alimentar da criança com o propósito de limitar os alimentos menos saudáveis e os doces), ensinar sobre nutrição (i.e. pais utilizam técnicas didáticas explícitas para encorajar o consumo de alimentos saudáveis), encorajar equilíbrio e variedade alimentar (i.e. pais promovem uma ingestão alimentar bem equilibrada, incluindo o consumo de variados alimentos e escolhas alimentares saudáveis), pressão para comer, estruturação do ambiente (i.e. pais disponibilizam alimentos saudáveis em casa) e envolvimento (Musher-Eizenman & Holub, 2007).

Musher-Eizenman e Holub (2007) verificaram que os pais que se atribuíam maior responsabilidade sobre os hábitos alimentares da criança reportaram uma maior utilização de monitorização, pressão para comer, restrição de ambos os tipos, modelagem, encorajamento de equilíbrio e variedade. Também os pais que estavam preocupados com o facto de a criança estar abaixo do peso utilizaram mais frequentemente a pressão para comer e menos restrição devido ao peso, enquanto que, quando a preocupação era o excesso de peso, as práticas mais utilizadas foram a restrição de ambos os tipos (Musher-Eizenman & Holub, 2007).

Finalmente, Baranowski e a sua equipa (Baranowski et al., 2013a, 2013b; Hingle et al., 2012) propuseram o Modelo de *Vegetable Parenting*, um modelo fundamentado numa combinação entre a Teoria da Autodeterminação (Ryan & Deci, 2000) e uma adaptação do Modelo de Comportamento Dirigido por Objetivos (Bagozzi, Baumgartner,

& Pieters, 1998), que, por sua vez, é uma expansão da Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1991). Este modelo aplica-se ao estudos das práticas eficazes e ineficazes para promover o consumo de vegetais. Foi construído um questionário com práticas de vários tipos, cuja análise fatorial permitiu identificar uma estrutura em que as práticas se organizam em dois fatores de ordem superior (eficazes e ineficazes), sendo que cada um desses fatores inclui subfatores de responsividade, estrutura e controlo (O'Connor et al., 2010b).

As práticas alimentares parentais não eficazes são aquelas que, podendo conseguir uma conformidade imediata da criança em comer mais vegetais, não resultam num consumo desses alimentos a longo prazo. Já as eficazes serão aquelas que mostram estar associadas a maior preferência ou aceitação de vegetais e o seu consumo a longo prazo. Estas práticas providenciam estrutura, um controlo não diretivo e são responsivas (Diep et al., 2015). As práticas alimentares parentais consideradas eficazes estão relacionadas com o consumo a longo prazo e, desta forma, podem permitir vincular comportamentos alimentares saudáveis, que se poderão prolongar pela adolescência e pela idade adulta (Diep et al., 2015; Hingle et al., 2012; Martin-Biggers et al., 2015). Verificou-se que as famílias tendem a utilizar simultaneamente ambos os tipos de práticas eficazes e ineficazes (Baranowski et al., 2013b).

Determinantes das Práticas Alimentares Parentais

Apesar de os pais influenciarem o padrão alimentar da criança, esta relação é bidirecional, tendo em conta que as características da criança também influenciam as estratégias que os pais utilizam (Ventura & Birch, 2008). Por outro lado, também fatores relacionados com os pais e com a família em que a criança se insere exercem influência nas práticas alimentares parentais utilizadas (Savage et al., 2007; Vaughn et al., 2016; Warkentin et al., 2018). O conhecimento destes fatores é importante para o desenho de estratégias de intervenção com os pais para a promoção de estratégias alimentares eficazes.

Determinantes relacionados com a criança

O género, a idade, o IMC e o temperamento da criança podem influenciar o tipo de práticas alimentares utilizadas pelos pais (Fisher & Birch, 1999; Musher-Eizenman &

Holub, 2007; Vaughn et al., 2016; Ventura & Birch, 2008). No que diz respeito ao género e idade da criança, a literatura não é muito abundante, contudo, num estudo de Brown, Ogden, Vögele e Gibson (2008), os pais mostraram maior probabilidade de utilizar a pressão para comer se a criança fosse mais nova. Quanto ao sexo da criança, Fisher & Birch (1999) concluíram que os níveis de restrição eram semelhantes para rapazes e raparigas, embora possa ser dada aos rapazes mais iniciativa e tomada de decisão. Ek e colaboradores (2016) não encontraram qualquer associação entre o sexo e a idade da criança e as práticas alimentares parentais utilizadas (i.e. restrição, monitorização e pressão para comer).

Quanto ao IMC da criança, Brann e Skinner (2005) verificaram que mães e pais usam práticas alimentares mais controladoras com os seus filhos com um IMC médio, nomeadamente a monitorização e a pressão para comer. Esta última prática também surge como estando relacionada com um menor IMC da criança noutros estudos (Ventura & Birch, 2008; Yavuz & Selcuk, 2018). Em contrapartida, as práticas de restrição estavam associadas a um IMC elevado, assim como as práticas de exposição à variedade de alimentos e o envolvimento da criança na preparação dos alimentos, estando a prática de pressão para comer menos presente (Birch et al., 2001; Entin et al., 2014; Johnson & Birch, 1994; Lloyd, Lubans, Plotnikoff, Collins, & Morgan, 2014; Melbye & Hansen, 2015; Nowicka et al., 2014; Webber et al., 2010). Contudo, Brown et al. (2008) não verificaram qualquer relação entre as práticas de controlo e o IMC da criança.

O temperamento da criança é outro fator que influencia as práticas alimentares utilizadas pelos pais. Samson, Hemphill e Smart (2004) definiram-no como as diferenças evidentes nos primeiros anos de vida, no que diz respeito ao estilo comportamental, reações e padrões de comportamento motores, emocionais e de atenção. Esta é uma característica individual que a criança traz para a sua relação com o progenitor, mediando esta mesma relação (Bergmeier, Skouteris, Horwood, Hooley, & Richardson, 2014).

Numa revisão sistemática feita por Bergmeier et al. (2014), o temperamento demonstrou estar associado a um aumento de peso mais rápido durante a infância, a um IMC elevado em crianças pré-escolares e a determinadas práticas parentais alimentares, como a utilização de comida para a regulação emocional e a monitorização (Haycraft & Blisset, 2012). Os estilos temperamentais mais associados à obesidade e excesso de peso foram a baixa capacidade de autorregulação, impulsividade, emocionalidade elevada (e.g.

zanga, frustração), baixa afetividade negativa e baixa e elevada capacidade para se acalmar (Bergmeier et al., 2014). Contudo, outros estudos não encontraram uma relação entre o temperamento e o IMC ou as práticas alimentares parentais (Haycraft, Farrow, Meyer, Powell, & Blissett, 2011; Inella et al., 2018; Tate, Trofholz, Rudasill, Neumark-Sztainer, & Berge, 2016).

Determinantes relacionados com os pais

Quanto aos fatores relacionados com os pais, características como o seu IMC, o facto de serem mãe ou pai, o seu nível socioeconómico e o nível de escolaridade podem influenciar as práticas alimentares parentais utilizadas com os seus filhos. Quanto ao primeiro fator, Brown e colaboradores (2008) apuraram que os pais que tinham um menor IMC tinham maior probabilidade de utilizar estratégias de controlo coercivo/direto em relação aos *snacks* e refeições. Warkentin et al. (2018) verificaram que uma maior utilização de pressão para comer estava associada a um menor peso maternal. Quando o IMC parental é elevado, os pais demonstram menos práticas alimentares de suporte/promoção de autonomia, ou seja, práticas alimentares consideradas saudáveis (Haycraft, Karasouli, & Meyer, 2017; Roberts et al., 2018).

Ainda não é muito abundante a literatura relativa às práticas alimentares parentais utilizadas pelo pai da criança: tal pode dever-se ao facto de ser atribuído às mães uma maior responsabilidade pela alimentação da criança do que aos pais (Haycraft & Blissett, 2012). Dentro da literatura existente, Savage et al. (2007) constataram que os pais utilizam práticas mais conservadoras (e.g. pressão para comer) do que as mães. Especificamente, verificou-se que os pais utilizam mais frequentemente a prática alimentar de monitorização, restrição e pressão para comer (Brann & Skinner, 2005; Brown et al., 2008). Porém, mais recentemente, Lloyd e colaboradores (2014) concluíram que as mães utilizam mais frequentemente a monitorização do que os pais, sendo a sua monitorização mais influente do que a que é praticada pela figura paterna. Além disso, num estudo qualitativo publicado em 2016, Khandpur, Charles, Blaine, Blake e Davison concluíram que a prática que os pais reportaram utilizar menos era a restrição, algo que parece contrariar as conclusões dos estudos acima referidos.

Quanto ao nível de escolaridade, alguns estudos demonstraram que pais com um nível mais elevado de educação tinham maior probabilidade de utilizar práticas alimentares de controlo (Boots et al., 2017; Brown et al., 2008; Gubbels et al., 2009), enquanto Nowicka et al. (2014) relataram que um maior nível de educação estava associado a uma menor utilização de práticas de controlo, nomeadamente, a pressão para comer. Em contrapartida, Brown e colaboradores (2008) verificaram que pais com um menor nível de educação tinham maior probabilidade de dar às suas crianças *snacks* mais saudáveis. Além disso, também estes pais utilizavam mais frequentemente alimentos para a regulação emocional, os dois tipos de restrição (controlo de peso e promoção da saúde) e pressão para comer (Larsen et al., 2015; Warkentin et al., 2018). Porém, Ek e colaboradores (2016) não encontraram uma associação entre o nível de escolaridade parental e as práticas alimentares utilizadas.

Os recursos económicos da família também podem ter influência nas práticas alimentares dos pais (Loth, MacLehose, Fulkerson, Crow, & Neumark-Sztainer, 2013). As mães de nível socioeconómico médio reportaram utilizar mais a comida como regulação emocional (e.g. para acalmar) e como recompensa (Sherry et al., 2004). Já as mães de nível socioeconómico alto demonstraram utilizar práticas de controlo indireto (i.e. acessibilidade e disponibilidade) (Ogden et al., 2006), embora o estudo de Boots e colaboradores (2017) tenha demonstrado que as práticas de controlo direto são mais frequentes. Quanto aos pais de nível socioeconómico baixo, verificou-se que eram mais frequentemente utilizadas práticas de controlo (e.g. pressão para comer), comparativamente com aqueles com nível socioeconómico mais elevado (Loth et al., 2013; Wehrly et al., 2014).

Existem, ainda, outros fatores que influenciam as práticas alimentares parentais, nomeadamente: o estilo parental geral, a motivação, conhecimentos e atitudes dos pais, a dinâmica e a estrutura familiar (e.g. família monoparental, coparentalidade, família alargada) e aspetos demográficos (e.g. etnia, número de filhos) (Vaughn et al., 2016).

Objetivos

Este estudo integra-se no projeto *Food Parenting: Study of a New Web-Based Parent Intervention*, que pretende estudar a eficácia de uma intervenção *online* com pais de crianças pré-escolares para a promoção de hábitos alimentares mais saudáveis

(aumento do consumo de vegetais e fruta e redução do consumo de alimentos com açúcares adicionados), com ênfase no ensino de estratégias parentais para a promoção da autorregulação da ingestão alimentar em crianças.

Objetivo Geral

O presente estudo tem como objetivo geral a construção e validação de um questionário sobre as práticas parentais relacionadas com a alimentação (*Questionário sobre Práticas Parentais Relacionadas com a Alimentação*), assim como a exploração das práticas que os pais portugueses reportaram implementar no contexto de alimentação dos seus filhos em idade pré-escolar.

Objetivos Específicos

1. Construção, análise e validação psicométrica do questionário de práticas parentais alimentares, através da seleção dos itens mais discriminativos e que apresentam melhor adequação psicométrica para avaliação das dimensões selecionadas.
2. Avaliar as práticas parentais relacionadas com a alimentação dos filhos em idade pré-escolar:
 - a) Caracterizar as práticas alimentares parentais reportadas;
 - b) Explorar as associações entre as práticas alimentares parentais e as características demográficas dos pais, o IMC dos pais auto reportado e a idade da criança;
 - c) Explorar as associações entre as práticas alimentares parentais, a preocupação parental com o peso da criança e o temperamento da criança.

Metodologia

Construção do Questionário sobre Estratégias Parentais relacionadas com a Alimentação

Tendo em conta o objetivo de construção de um questionário sobre as práticas parentais relacionadas com a alimentação, partiu-se de uma análise dos questionários

mais usados (Birch et al., 2001; Musher-Eizenman e Holub, 2007; Ogden et al., 2006), do questionário de *Vegetable Parenting Practices* de Baranowski e a sua equipa (Baranowski et al., 2013a; Baranowski et al., 2013b; Hingle et al., 2012) e da revisão de O'Connor e colaboradores (2017). Foi também consultado o estudo qualitativo com uma amostra portuguesa (Oliveira, 2018) para consideração das estratégias mais reportadas por estes pais.

Numa primeira fase, foi construída uma *pool* de itens que integrava as principais dimensões e práticas parentais alimentares, com base na vasta literatura sobre o tema e nos questionários já existentes, específicos a algumas dimensões. Nas dimensões relacionadas com a facilitação da autorregulação, menos representadas em questionário anteriores, introduziram-se itens novos. Seguidamente, foi solicitada uma análise dos itens por duas especialistas (nutricionista e psicóloga, ambas com experiência e investigação na área da alimentação infantil), considerando a sua representatividade em relação à dimensão, a especificidade e a clareza.

Posteriormente, foi feita a tradução dos itens em língua inglesa para a língua portuguesa, por três tradutores independentes, a comparação entre as três versões diferentes e produzida uma versão conciliada, que foi retrovertida para Inglês por um tradutor bilingue. Finalmente, procedeu-se à validação semântica dos itens com um grupo de seis mães, para avaliar a clareza e relevância dos itens. Considerando os resultados obtidos, foram eliminados itens menos claros e feitas algumas alterações na redação de outros itens, obtendo-se uma versão preliminar com 12 dimensões e um total de 70 itens.

Participantes

Para o estudo piloto dos itens do questionário, recorreremos a seis pais, cuja amostra foi recolhida entre os dias 20 e 30 de novembro de 2018. A amostra final foi constituída por 302 pais de crianças entre os 2 e os 6 anos, tendo sido recolhida entre os dias 8 de janeiro de 2019 e 29 de abril de 2019, dos quais 264 participantes eram mães (87,4%) e 38 eram pais (12,6%), cujas idades variavam entre os 20 e os 50 anos ($M = 36,75$ anos; $DP = 5,44$). Os filhos tinham idades entre os 2 e os 6 anos ($M = 3,78$; $DP = 1,30$).

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

No Questionário Sociodemográfico foram recolhidos dados relativos à idade, sexo, o peso e altura auto reportados do participante, nível de escolaridade e número de filhos. Relativamente à criança, foi questionada a idade. A partir destes dados, foi calculado o Índice de Massa Corporal [IMC] do pai/mãe, considerando o peso em quilogramas a dividir pelo quadrado da sua altura em metros (kg/m^2) (World Health Organization [WHO], 2018) e foram definidos grupos de baixo peso, peso normal e excesso de peso/obesidade.

Avaliação da preocupação parental com o peso da criança

Para avaliar a preocupação parental com o peso da criança, foi utilizado apenas um item, em que era questionado aos pais se estavam preocupados com o peso do seu filho (“*Está preocupado com o peso da sua criança?*”), com cinco possibilidades de resposta (de *Nunca* a *Quase Sempre*), seguindo uma formulação semelhante à de estudos anteriores (Gomes, 2018; Lampard, Byrne, Zubrick, & Davis, 2008; Moore, Harris, & Bradlyn, 2011).

Questionário sobre Práticas Parentais relacionadas com a Alimentação

Como já referido, o conjunto de itens proposto para a construção do Questionário sobre Práticas Parentais relacionadas com a Alimentação e apresentado aos pais, estava organizado em 12 subescalas teóricas: *Restrição* (6 itens), *Pressão para Comer* (7 itens), *Comida como Recompensa* (4 itens), *Ingestão Emocional* (4 itens), *Permissividade/Controlo Inapropriado da Criança* (6 itens), *Restrição de Comida Não Saudável* (8 itens), *Exposição a Vegetais e Frutas* (11 itens); *Modelagem* (5 itens), *Negociação* (4 itens), *Facilitação da Autorregulação/Dar Opções* (5 itens), *Facilitação da Autorregulação/Ensino e Modelagem* (6 itens) e *Facilitação da Autorregulação/Instrução Direta* (4 itens), num total de 70 itens. Os pais respondiam numa escala de Likert, cujos itens foram invertidos para que valores mais altos indicassem um maior uso de cada tipo de prática. Assim sendo, esta escala era constituída por 5

pontos, em que 1 correspondia a “Totalmente Falso”, 3 correspondia a “Nem Verdadeiro Nem Falso” e 5 correspondia a “Totalmente Verdadeiro”.

Avaliação do temperamento

Para avaliar o temperamento da criança, foi utilizado apenas um item, em que eram apresentadas aos pais três descrições breves das características da criança (“*Nestas 3 descrições, escolha a que melhor descreve ou mais se aproxima do comportamento da sua criança*”) e solicitado que escolhessem uma delas. Era incluída uma quarta resposta (“*A minha criança não é parecida com nenhuma destas descrições. As suas principais características são...*”), caso o pai/mãe considerasse que nenhuma das três descrições anteriormente dadas correspondia à descrição do temperamento da sua criança.

Estas três primeiras descrições foram construídas com base num estudo de Martin (trabalho não publicado, 2015) com uma amostra de crianças portuguesas de idade pré-escolar. O primeiro tipo de temperamento é o “Impulsivo/Pouco Autorregulado” (*Poor Self-Regulated/Impulsive*), em que se trata de uma criança muito ativa e com muita energia, que reage com alguma intensidade emocional a diferentes situações e com tendência a agir impulsivamente e a distrair-se com facilidade. O segundo tipo de temperamento é o “Inibido” (*Inhibited*), em que se trata de uma criança relativamente tranquila, pouco impulsiva e com alguma dificuldade em envolver-se em novas situações, podendo mostrar algum receio ou reagir com alguma timidez. Finalmente, o terceiro tipo de temperamento utilizado para responder a este item é o “Fácil/Autorregulado” (*Temperamentally Easy/Self-Regulated*), em que se trata de uma criança “fácil de levar”, que reage com calma, expressando emoções de forma moderada/pouco intensa, tanto a experiências positivas como negativas, sendo, também, capaz de passar um tempo razoável envolvida em alguma atividade ou atenta a algo que se passa.

Procedimento

A recolha de dados foi feita em conjunto com outra aluna de mestrado, Patrícia Nogueira, cujo trabalho incidiu sobre a Perceção Parental de Barreiras à Alimentação Saudável da Criança. Para proceder à recolha, foi utilizada uma amostra de conveniência constituída por pais de crianças entre os 2 e os 6 anos de idade, obtida através das redes sociais e por convite endereçado por e-mail aos pais, através de diversas creches e jardins

de infância de vários pontos do país. O questionário foi disponibilizado *online*, através da plataforma informática *Qualtrics*. Quando os participantes acediam à plataforma através do *link*, dispunham de um pequeno texto com informação sobre o estudo, autores e objetivos, bem como um *link* para acesso ao questionário.

Foi assegurado o anonimato dos participantes e confidencialidade das respostas, sendo que os dados recolhidos dos pais e das crianças não permitiam a sua identificação. Na plataforma, os participantes visualizam uma página com o protocolo de consentimento informado, onde eram informados sobre os cuidados éticos na preservação do anonimato e tratamento dos dados e, caso aceitassem, acediam diretamente ao questionário. Eram informados de que a informação recolhida seria armazenada numa base de dados e utilizada somente no âmbito deste estudo, cumprindo todas as regras de segurança recomendadas.

Análise de Dados

Para a análise de dados, foi utilizado o programa *IBM SPSS Statistics 25*. Começámos por categorizar as variáveis em estudo e criar novas variáveis quando necessário (e.g. grupo etário, cálculo do Índice de Massa Corporal, categorização em três níveis diferentes [abaixo do peso, peso normal, excesso de peso]). Seguidamente, foi feita a inversão de todos os itens das escalas. Foi efetuada uma análise preliminar dos itens, em que se determinou a percentagem de resposta às alternativas de cada item e foi avaliado se existiriam itens com alternativas de resposta com uma frequência superior a 75% e/ou igual a zero. Não foi necessário eliminar nenhum item em função destes critérios.

De seguida, foi realizada uma análise fatorial exploratória, considerando simultaneamente todos os itens existentes. Desta primeira análise, resultaram 16 fatores e a necessidade de eliminar vários itens por ponderarem em mais do que um fator; contudo, esta não revelou ser uma boa solução fatorial para o conjunto dos itens, sendo difícil encontrar uma solução fatorial adequada que incluísse um tão elevado número de itens. Tendo em conta esta dificuldade, tomou-se a decisão de organizar os itens em três escalas, de acordo com as dimensões teóricas. As três escalas são: *Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão* [PPAI], incluindo os itens relacionados com práticas que promovem o reconhecimento das sensações de apetite e saciedade e as estratégias para a

criança regular a ingestão alimentar; *Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos* [PRDA], ou seja, práticas em que os pais disponibilizam ou afastam do contexto intencionalmente os alimentos que querem que a criança coma ou não; e *Práticas Ineficazes de Controle* [PIC], que inclui práticas que refletem a presença (e.g. restrição e pressão para comer) ou ausência deste mesmo controle (e.g. permissividade).

Em seguida, foi feita uma análise fatorial exploratória para cada escala, tendo sido decidido, primeiramente, o número de componentes a reter, em que o valor próprio deveria ser igual ou superior a um. Seguidamente, realizou-se a análise do *Scree Plot* para selecionar o número final de componentes a reter, sendo que na escala PPAI foram retidos quatro componentes, na escala PRDA dois componentes e, na escala PIC, cinco componentes. Assim sendo, foram feitas, de forma independente, análises fatoriais exploratórias para cada subescala. Para a interpretação dos fatores, considerou-se o critério do peso fatorial ser superior a 0,30 para definir a pertença de um item a um fator, tendo sido eliminados itens que apresentassem pesos fatoriais superiores a 0,30 em dois fatores e com valores próximos em mais do que um fator ($<0,10$). Foram também calculadas a distribuição da normalidade das respostas para todas as escalas e respectivas subescalas, assim como para as respostas organizadas por subgrupos que foram posteriormente comparados (i.e. parentesco, IMC auto reportado pelos pais e temperamento da criança).

Depois, foram executadas análises de estatística inferencial para verificar os pressupostos de aplicação de metodologias paramétricas ou não paramétricas, com vista a verificar se a amostra apresentava uma distribuição normal nas diferentes variáveis, através do teste Kolmogorov-Smirnov, análise do histograma, simetria e curtose. Seguidamente, realizaram-se análises paramétricas e não paramétricas para resposta aos diferentes objetivos do estudo. Desta forma, para a análise das comparações entre as escalas e subescalas e as variáveis referentes ao parentesco e IMC, foi utilizado o Teste T. Quanto à análise das comparações entre as escalas e subescalas e as variáveis referentes à escolaridade dos pais e ao temperamento da criança, foi utilizado o teste da ANOVA, Kruskal-Wallis e Mann-Whitney, ambos para amostras independentes. Finalmente, para o estudo das associações entre as diferentes escalas e subescalas e as variáveis referentes à idade da criança e à preocupação parental com o peso da criança, foi realizado o Coeficiente de Correlação de Spearman e de Pearson.

Resultados

Caracterização da Amostra

Tendo em conta o objetivo de avaliar as práticas parentais relacionadas com a alimentação dos filhos em idade pré-escolar, foram calculadas as estatísticas descritivas das três escalas e respetivas subescalas, assim como para as variáveis demográficas dos pais, o seu IMC, a idade da criança, o seu peso e altura, para o item da preocupação e do temperamento.

Das 302 respostas, 264 participantes eram mães (87,4%), cujas idades variavam entre os 20 e os 50 anos ($M = 36,75$ anos; $DP = 5,44$). Quanto ao IMC auto reportado pelos pais, 9 encontram-se abaixo do peso (3%), 202 pais estão com um peso normal (66,9%) e os restantes 91 encontram-se com excesso de peso (30,1%) ($M = 24$; $DP = 4,29$). Relativamente à escolaridade, 22 pais (7,3%) concluíram os estudos até ao 9º ano, 40 pais (13,2%) até ao ensino secundário, tendo a maioria da amostra ($n=240$) completado o ensino superior (79,5%). Quanto ao número de filhos, 89,7% tem um ou dois filhos, sendo que o restante tem três ou mais. Relativamente às crianças, as idades situam-se entre os 2 e os 6 anos ($M = 3,78$; $DP = 1,30$), sendo que 20,2% das crianças tinham 2 anos, 25,2% tinham 3 anos, 22,5% tinham 4 anos, 20,5% tinham 5 anos e, por fim, 11,6% das crianças tinham 6 anos.

Construção, Análise e Validação Psicométrica do *Questionário de Práticas Parentais Relacionadas com a Alimentação*

Após feitas as análises fatoriais exploratórias, na escala *Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão* [PPAI] foram eliminados quatro itens no total das quatro subescalas, tendo em conta os critérios acima referidos. Os resultados do teste Kaiser-Mayer-Olkin ($KMO = 0,78$) e os resultados do teste de esfericidade de Barlett ($\chi^2 = 1655,2$, $p < 0,001$) demonstraram uma boa adequação dos dados para a realização da análise de componentes principais. A variância total explicada para esta escala é de 60,92%.

Quadro 1

Escala “Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão”

		Subescala			
		1	2	3	4
Facilitação da Autorregulação/Ensino e Modelagem	<i>Explico à criança que alguns alimentos, como os doces e guloseimas, devem ser comidos raramente e em pequena quantidade.</i>	0,79			
	<i>Eu digo à criança o que lhe pode acontecer (ex: ficar mal disposto, ficar doente), se comer muitos alimentos que não são saudáveis.</i>	0,780			
	<i>Explico à criança que os vegetais e frutas são importantes, porque nos fazem sentir melhor e com mais energia.</i>	0,707			
	<i>Explico à criança que, quando comemos muito, podemos ficar mal dispostos ou com menos energia para brincar.</i>	0,687			
Facilitação da Autorregulação/ Instrução Direta	<i>Quando a criança pede para repetir, pergunto-lhe se ainda sente apetite ou se quer comer mais apenas porque gosta muito daquela comida.</i>		0,816		
	<i>Preocupo-me em ajudar a criança a identificar quando já está satisfeito ou quando ainda tem apetite.</i>		0,736		
	<i>Se a criança diz que quer mais, mas eu acho que já comeu o suficiente, encorajo-a a parar de comer.</i>		0,716		

	<i>Quando a criança pede comida fora dos horários da refeição, peça-lhe que pense se tem fome ou se apenas se sente aborrecida.</i>	0,691			
Modelagem	<i>Digo à criança que os vegetais sabem bem.</i>		0,815		
	<i>Digo à criança que comer vegetais a vai tornar forte e saudável.</i>		0,798		
	<i>Eu digo à criança que o seu boneco animado favorito come vegetais.</i>		0,750		
	<i>Mostro à criança que gosto de comer vegetais.</i>		0,536		
Facilitação da Autorregulação/Dar Opções	<i>Peço à criança que escolha os vegetais para as refeições principais e lanches.</i>			0,799	
	<i>Peço à criança que me ajude a escolher os vegetais quando vamos às compras.</i>			0,779	
	<i>Ao jantar, deixo o meu filho escolher as comidas que quer de entre os alimentos saudáveis que são servidos.</i>			0,696	
	<i>Encorajo a criança a escolher de entre as frutas disponíveis para o almoço ou jantar.</i>			0,620	
Variância explicada (%)		16,60	15,08	14,91	14,33
Valor próprio		2,66	2,41	2,39	2,29

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 5 iterações

Relativamente às análises de consistência interna, verificámos que esta escala revela níveis aceitáveis a bons de alfa e de correlações média inter item.

Quadro 2

Média das correlações inter item e consistência interna para a escala e respectivas subescalas

	Correlação média inter item	Alfa de Cronbach
Facilitação da Autorregulação/Dar Opções	0,40	0,73
Facilitação da Autorregulação/Ensino e Modelagem	0,51	0,80
Facilitação da Autorregulação/Instrução Direta	0,44	0,76
Modelagem	0,46	0,72
Total - <i>Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão</i>	0,22	0,80

Seguidamente, foram consideradas as correlações entre subescalas.

Quadro 3

Correlações entre subescalas segundo o Coeficiente de Pearson¹ e Spearman²

		Facilitação da Autorregulação/Dar Opções	Facilitação da Autorregulação/Ensino e Modelagem	Facilitação da Autorregulação/Instrução Direta	Modelagem
Facilitação da Autorregulação/Dar Opções	Coeficiente de Correlação	1,00			
Facilitação da Autorregulação/Ensino e Modelagem	Coeficiente de Correlação	0,20 ^{**2}	1,00		
Facilitação da Autorregulação/Instrução Direta	Coeficiente de Correlação	0,23 ^{**1}	0,28 ^{**2}	1,00	
Modelagem	Coeficiente de Correlação	0,17 ^{**2}	0,47 ^{**2}	0,25 ^{**2}	1,00

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

¹ Coeficiente de correlação Pearson

² Coeficiente de correlação Spearman

Verificámos que todas as subescalas tinham uma correlação significativa e baixa entre si, com a exceção da correlação entre a subescala *Modelagem* e *Facilitação da Autorregulação/Ensino e Modelagem*, que é moderada.

Para a escala *Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos* [PRDA], foram eliminados onze itens no total das subescalas, tendo em conta os critérios acima referidos. Os resultados do teste Kaiser-Mayer-Olkin (KMO = 0,78) e os resultados do teste de esfericidade de Barlett ($\chi^2 = 648,8$, $p < 0,001$) demonstraram uma boa

adequação dos dados para a realização da análise de componentes principais. A variância total explicada para esta escala é de 58%.

Quadro 4

Escala “Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos”

		Subescala	
		1	2
Restrição de Comida Não Saudável	<i>Evito comprar biscoitos e bolos e levá-los para casa.</i>	0,854	
	<i>Não compro alimentos (ex: doces, bolos) de que gosto, para que a criança não os coma.</i>	0,840	
	<i>Evito comprar guloseimas (ex: rebuçados, gomas ou chocolates) ou batatas fritas e levá-los para casa.</i>	0,736	
	<i>Evito ir com a criança a cafés ou restaurantes com comida não saudável.</i>	0,581	
Exposição a Vegetais e a Frutas	<i>Eu incluo algum tipo de vegetais na maior parte das refeições.</i>		0,767
	<i>Eu incluo algum tipo de fruta na maior parte das refeições.</i>		0,749
	<i>Eu uso frutas e vegetais para pequenos lanches da criança entre as refeições, em vez de coisas como bolachas ou batatas fritas.</i>		0,701
	<i>Encorajo o meu filho a experimentar alimentos novos.</i>		0,678
<i>Variância explicada (%)</i>		30,22	27,77
<i>Valor próprio</i>		2,42	2,22

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 3 iterações.

Relativamente às análises de consistência interna, verificámos que esta escala revela níveis aceitáveis de alfa e de correlações médias inter item.

Quadro 5

Média das correlações inter item e consistência interna para a escala e respectivas subescalas

	Correlação média inter item	Alfa de Cronbach
Restrição de Comida Não Saudável	0,46	0,77
Exposição a Vegetais e Frutas	0,39	0,72
Total - <i>Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos</i>	0,30	0,77

Seguidamente, foram consideradas as correlações entre subescalas.

Quadro 6

Correlações entre subescalas segundo o Coeficiente de Pearson¹ e Spearman²

	Restrição de Comida Não Saudável	Exposição a Vegetais e Frutas
Restrição de Comida Não Saudável	1,00	0,35 ^{**2}
Coeficiente de Correlação		

^{**}. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

² Coeficiente de correlação Spearman

Verificámos que as duas subescalas que compõem esta subescala têm uma correlação moderada e significativa entre si.

Para a escala *Práticas Ineficazes de Controlo* [PIC], foram eliminados onze itens no total das subescalas, tendo em conta os critérios acima referidos. Os resultados do teste Kaiser-Mayer-Olkin (KMO = 0,75) e os resultados do teste de esfericidade de Barlett ($\chi^2 = 1570,6$, $p < 0,001$) demonstraram uma boa adequação dos dados para a realização da análise de componentes principais. A variância total explicada para esta escala é de 66%.

Quadro 7

Escala “Práticas Ineficazes de Controlo”

		Subescala				
		1	2	3	4	5
Ingestão Emocional	<i>Dou alguma coisa à criança para comer ou beber, quando ela está chateada/zangada.</i>	0,904				
	<i>Quando a criança está irrequieta, tento acalmá-la, dando-lhe algo para comer.</i>	0,894				
	<i>Dou alguma coisa à criança para comer ou beber, quando ela está aborrecida.</i>	0,879				
Comida como Recompensa	<i>Ofereço doces ou guloseimas à criança como recompensa por se portar bem.</i>		0,828			
	<i>Eu recompenso a criança com doces se ela comer os vegetais e/ou a fruta.</i>		0,779			
	<i>Digo à criança que fica sem sobremesa se se portar mal.</i>		0,730			
Permissividade	<i>Deixo o meu filho comer um doce ou guloseima sempre que ele quer.</i>			0,770		
	<i>Se o meu filho não gosta do que é servido, preparo-lhe outra coisa.</i>			0,706		
	<i>Mesmo depois da criança dizer que já não tem fome para comer o prato principal, deixo-a comer um doce.</i>			0,705		
	<i>Deixo a criança escolher os lanches que leva para comer na escola, mesmo que sejam pouco saudáveis.</i>			0,549		

Pressão para Comer	<i>Se eu não orientasse ou vigiasse a alimentação da criança, ela comeria muito menos do que precisa.</i>					0,827
	<i>Tenho de estar especialmente atenta para garantir que a criança come o suficiente.</i>					0,801
	<i>Se a criança diz "eu não tenho fome", eu tento de qualquer maneira fazer com que ela coma.</i>					,738
Restrição	<i>Se eu não orientasse ou vigiasse a alimentação da criança, ela comeria demasiado dos seus alimentos preferidos.</i>					0,826
	<i>Se eu não orientasse ou vigiasse a alimentação da criança, ela comeria demasiados alimentos gordos ou açucarados ("comida de plástico").</i>					0,802
	<i>Guardo intencionalmente alguns alimentos fora do alcance da criança.</i>					0,688
Variância explicada (%)		15,54	13,40	12,60	12,45	11,94
Valor próprio		2,49	2,14	2,01	1,99	1,91

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.^a

a. Rotação convergida em 6 iterações.

Relativamente às análises de consistência interna, verificámos que esta escala revela níveis aceitáveis a bons de alfa e de correlações médias inter item, com exceção da subescala *Permissividade*, que apresenta um alfa inferior ao desejável, mas uma correlação média inter item razoável. A escala total apresenta uma correlação inter item baixa, mas aceitável atendendo ao valor adequado do alfa e ao facto de as várias subescalas medirem direções diferentes de controlo.

Quadro 8

Média das correlações inter item e consistência interna para a escala e respectivas subescalas

	Correlação média inter item	Alfa de Cronbach
Restrição	0,43	0,69
Pressão para Comer	0,47	0,73
Ingestão Emocional	0,74	0,89
Permissividade	0,33	0,65
Comida como Recompensa	0,53	0,76
Total - <i>Práticas Ineficazes de Controlo</i>	0,17	0,76

Seguidamente, foram consideradas as correlações entre subescalas.

Quadro 9

Correlações entre subescalas segundo o Coeficiente de Pearson¹ e Spearman²

		Restrição	Pressão para Comer	Ingestão Emocional	Permissividade	Comida como Recompensa
Restrição	Coeficiente de Correlação	1,00	0,16** ²	0,05 ²	-0,07 ²	0,27** ²
Pressão para Comer	Coeficiente de Correlação	0,16** ²	1,00	0,15* ²	0,08 ²	0,29** ²
Ingestão Emocional	Coeficiente de Correlação	0,05 ²	0,15* ²	1,00	0,25** ²	0,33** ²
Permissividade	Coeficiente de Correlação	-0,07 ²	0,08 ²	0,25** ²	1,00	0,27** ²
Comida como Recompensa	Coeficiente de Correlação	0,27** ²	0,29** ²	0,33** ²	0,27** ²	1,00

** . A correlação é significativa no nível 0,01.

* . A correlação é significativa no nível 0,05.

¹ Coeficiente de correlação Pearson

² Coeficiente de correlação Spearman

Verificámos que algumas das subescalas têm uma correlação significativa e baixa entre si, à exceção da correlação entre as subescalas *Comida como Recompensa* e *Ingestão Emocional*, que é moderada. Não se observaram correlações significativas entre *Restrição* e *Ingestão Emocional* e *Restrição* e *Permissividade* .

Finalmente, foram consideradas as correlações entre as três escalas totais.

Quadro 10

Correlações entre as três escalas segundo o Coeficiente de Pearson

		Práticas Promotoras da Autorregulação na Ingestão	Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos	Práticas Ineficazes de Controlo
Práticas Promotoras da Autorregulação na Ingestão	Coefficiente de Correlação	1,00		
Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos	Coefficiente de Correlação	0,39**	1,00	
Práticas Ineficazes de Controlo	Coefficiente de Correlação	-0,04	-0,29**	1,00

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Verificou-se que as escalas de *Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão* e de *Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos* estavam correlacionadas significativamente, correlação esta positiva e moderada. Também esta segunda escala se encontrava correlacionada significativamente com a escala de *Práticas Ineficazes de Controlo*, embora fosse uma correlação negativa e moderada.

Resultados Descritivos relativos à Caracterização das Práticas Alimentares Parentais reportadas

Ao observarmos as estatísticas descritivas das três escalas, verificámos que as *Práticas Ineficazes de Controlo* são as menos reportadas pelos pais desta amostra, quando comparadas com as outras duas escalas.

Quadro 11

Estatística Descritiva das três escalas

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão	1,88	4,88	3,75	0,47
Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos	1,50	5,00	3,78	0,60
Práticas Ineficazes de Controlo	1,06	3,81	2,43	0,46

Considerando agora cada uma das escalas, e relativamente à escala de *Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão*, verificámos que as práticas mais utilizadas são de *Facilitação da Autorregulação/Ensino e Modelagem* e a *Modelagem*.

Quadro 12

Estatística Descritiva das subescalas da Escala de “Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão”

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Facilitação da Autorregulação/Dar Opções	1,00	5,00	3,46	0,75
Facilitação da Autorregulação/Ensino e Modelagem	1,00	5,00	4,19	0,65
Facilitação da Autorregulação/Instrução Direta	1,00	5,00	3,20	0,75
Modelagem	1,75	5,00	4,14	0,67

Relativamente à escala de *Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos*, verificámos que a prática mais utilizada é a de *Exposição a Vegetais e Frutas*.

Quadro 13

Estatística Descritiva das subescalas da Escala de “Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos”

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Restrição de Comida Não Saudável	1,00	5,00	3,29	0,87
Exposição a Vegetais e Frutas	2,00	5,00	4,27	0,58

Relativamente à escala de *Práticas Ineficazes de Controlo*, verificámos que as práticas mais utilizadas são a *Restrição*, seguida da *Pressão para Comer e a Comida como Recompensa*. Os pais relatam como prática menos utilizada a *Permissividade*.

Quadro 14

Estatística Descritiva das subescalas da Escala de “Práticas Ineficazes de Controlo”

	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
Restrição	1,00	5,00	3,61	0,91
Pressão para Comer	1,00	5,00	3,06	0,94
Comida como Recompensa	1,00	5,00	1,99	0,84
Ingestão Emocional	1,00	4,33	1,88	0,75
Permissividade	1,00	3,75	1,82	0,56

Explorar as associações entre as Práticas Alimentares Parentais e as Características Demográficas dos pais, o IMC auto reportado dos pais e a Idade da criança

Relativamente à relação entre as *Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão* e a idade da criança, verifica-se que as subescalas *Ensino e Modelagem e Instrução Direta*, e a escala total estavam significativa e positivamente associadas à idade da criança, com correlações fracas.

Quadro 15

Correlações entre a Escala de “Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão” e respectivas subescalas e a idade da criança, segundo o Coeficiente de Pearson¹ e Spearman²

	Coeficiente de Correlação
Facilitação da Autorregulação/Dar Opções	0,06 ¹
Facilitação da Autorregulação/Ensino e Modelagem	0,21 ^{**2}
Facilitação da Autorregulação/Instrução Direta	0,15 ^{**1}
Modelagem	-0,04 ²
Total - <i>Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão</i>	0,16 ^{**1}

** . A correlação é significativa no nível 0,01.

¹ Coeficiente de correlação Pearson

² Coeficiente de correlação Spearman

Relativamente à relação entre a escala *Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos* e a idade da criança, não se observou nenhuma correlação significativa. No

mesmo sentido, não se observou nenhuma correlação significativa entre as *Práticas Ineficazes de Controlo* e a idade da criança.

Considerando o objetivo de verificar a associação entre o parentesco e as práticas alimentares parentais, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os pais e mães para nenhuma das escalas e respetivas subescalas.

Seguidamente, foi considerado o objetivo de verificar a associação entre as práticas alimentares e a escolaridade dos pais.

Quadro 16

Comparação da Escala de “Práticas Promotoras da Autorregulação na Ingestão” e respectivas subescalas entre diferentes grupos de escolaridade ^{a)}

	Média ou Média das Ordens			Desvio Padrão			Estatística (df)	Sig.	Diferenças estatisticamente significativas ^{b)}
	E1	E2	E3	E1	E2	E3			
Facilitação da Autorregulação/Dar Opções	2,95	3,46	3,51	0,96	0,69	0,72	$F_{(2,301)} = 5,814$	0,003	E2,E3>E1
Facilitação da Autorregulação/Ensino e Modelagem	124,07	126,84	158,12				$H_{(2,301)} = 6,948$	0,031	
Facilitação da Autorregulação/Instrução Direta	150,18	140,26	153,49				$H_{(2,301)} = 0,803$	0,669	
Modelagem	154,18	153,10	150,99				$H_{(2,301)} = 0,044$	0,978	
Total - Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão	3,57	3,68	3,78	0,47	0,47	0,46	$F_{(2,301)} = 2,349$	0,097	

^{a)} E1 = “Até ao 9º Ano”, E2 = “Ensino Secundário”, E3 = Ensino Superior

^{b)} Teste Post-Hoc – ANOVA ou Teste U de Mann-Whitney (para este último, o nível de significância é de um terço [i.e. 0,017], através da Correção de Bonferroni, uma vez que se tratava de três categorias de escolaridade)

Relativamente à escala de *Práticas Promotoras da Autorregulação na Ingestão* e suas subescalas, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos na subescala *Facilitação da Autorregulação/Dar Opções*, em que os pais com níveis de maior escolaridade (i.e. que completaram o Ensino Secundário e Superior) utilizam mais estas práticas do que os pais que apenas completaram a escolaridade até ao 9º ano.

Quadro 17

Comparação da Escala de “Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos” e respetivas subescalas entre diferentes grupos de escolaridade ^{a)}

	Média ou Média das Ordens			Desvio Padrão			Estatística (df)	Sig.	Diferenças estatisticamente significativas ^{b)}
	E1	E2	E3	E1	E2	E3			
Restrição de Comida Não Saudável	2,55	3,03	3,41	0,71	0,98	0,83	F _(2,301) = 12,885	0,000	E3>E1,E2
Exposição a Vegetais e Fruta	87,59	121,60	162,34				H _(2,301) = 20,670	0,000	E3>E1,E2
Total - Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos	3,14	3,54	3,88	0,63	0,64	0,55	F _(2,301) = 21,053	0,000	E3>E1,E2 E2>E1

^{a)} E1 = “Até ao 9º Ano”, E2 = “Ensino Secundário”, E3 = Ensino Superior

^{b)} Teste Post-Hoc – ANOVA ou Teste U de Mann-Whitney (para este último, o nível de significância é de um terço [i.e. 0,017], através da Correção de Bonferroni, uma vez que se tratava de três categorias de escolaridade)

Quanto à escala de *Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos*, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos na subescala *Restrição de Comida Não Saudável*, em que os pais com o Ensino Superior utilizavam mais estas práticas, quando comparados com os pais com menores níveis de escolaridade (i.e. Ensino Secundário e até ao 9º ano de escolaridade). Relativamente à subescala *Exposição a Vegetais e Frutas*, também se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos, em que os pais com Ensino Superior utilizavam mais estas práticas do que os pais com o 9º ano e o Ensino Secundário. Quanto à escala total, verificaram-se, igualmente, diferenças estatisticamente significativas entre grupos, em que os pais com o Ensino Superior utilizavam mais estas práticas do que pais com menores níveis de escolaridade e os pais com o Ensino Secundário utilizam mais esta prática do que aqueles com apenas o 9º ano de escolaridade.

Quadro 18

Comparação da Escala de “Práticas Ineficazes de Controle” e respectivas subescalas entre diferentes grupos de escolaridade ^{a)}

	Média ou Média das Ordens			Desvio Padrão			Estatística (df)	Sig.	Diferenças estatisticamente significativas ^{b)}
	E1	E2	E3	E1	E2	E3			
Restrição	163,02	138,29	152,65				H _(2,301) = 1,359	0,50 7	
Pressão para Comer	3,79	3,32	2,95	0,79	0,97	0,91	F _(2,301) = 10,500	0,00 0	E1,E2>E3
Comida como Recompensa	184,16	164,28	146,38				H _(2,301) = 4,874	0,08 7	
Ingestão Emocional	168,30	174,76	146,08				H _(2,301) = 4,943	0,08 4	
Permissividade	2,17	1,90	1,78	0,75	0,63	0,52	F _(2,301) = 5,459	0,00 5	E1>E3
Total - Práticas Ineficazes de Controle	2,75	2,55	2,38	0,60	0,51	0,42	F _(2,301) = 8,087	0,00 0	E1>E3

^{a)} E1 = “Até ao 9º Ano”, E2 = “Ensino Secundário”, E3 = Ensino Superior

^{b)} Teste Post-Hoc ou Teste U de Mann-Whitney (para este último, o nível de significância é de um terço [i.e. 0,017], através da Correção de Bonferroni, uma vez que se tratava de três categorias de escolaridade)

Quanto à Escala de *Práticas Ineficazes de Controle* e respectivas subescalas, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos na subescala de *Pressão para Comer*, em que os pais com menores níveis de escolaridade utilizavam mais estas práticas, quando comparados com pais com o Ensino Superior. Também na subescala de *Permissividade* e na escala total se verificaram diferenças estatisticamente

significativas entre grupos, em que os pais que completaram o 9º ano de escolaridade utilizavam mais este tipo de práticas do que os pais com o Ensino Superior.

Para responder ao objetivo de verificar a associação entre o IMC auto reportado pelos pais e as várias escalas e subescalas de práticas alimentares parentais, foram considerados apenas o grupo de pais com peso normal e o grupo com excesso de peso/obesidade, sendo eliminados os participantes que auto reportaram estar abaixo do peso (n=9). Relativamente à escala de *Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão* e respetivas subescalas, não se verificaram quaisquer diferenças estatisticamente significativas entre grupos.

Quadro 19

Comparação da escala “Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos” (subescala “Exposição a Vegetais e Frutas”) entre grupos de IMC dos pais auto reportado ^{a)} – Teste T

	IMC dos pais auto reportado	Médias	Teste t	Sig. (2-tailed)
Exposição a Frutas e Vegetais	Peso normal	4,32	2,143	0,034
	Excesso de peso	4,16		

^{a)} “Peso normal” (n= 202) e “Excesso de Peso” (n= 91)

Relativamente à escala de *Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos*, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos na subescala de *Exposição a Vegetais e Frutas*, em que os pais que apresentam um peso normal auto reportado utilizam mais estas práticas do que pais com excesso de peso auto reportado.

Quadro 20

Comparação da escala “Práticas Ineficazes de Controlo” (subescala “Permissividade”) entre grupos de IMC dos pais auto reportado ^{a)} – Teste T

	IMC dos pais auto reportado	Médias	Teste t	Sig. (2-tailed)
Exposição a Frutas e Vegetais	Peso normal	1,76	-2,635	0,009
	Excesso de peso	1,95		

^{a)} “Peso normal” (n= 202) e “Excesso de Peso” (n= 91)

Relativamente à escala de *Práticas Ineficazes de Controlo*, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre grupos na subescala de *Permissividade*, em que os pais com excesso de peso auto reportado utilizavam mais estas práticas do que os pais com um peso normal auto reportado.

Explorar as associações entre as Práticas Alimentares Parentais e a Preocupação parental com o peso da criança e o Temperamento da criança

Quando foi questionado aos pais se estavam preocupados com o peso da criança, a maior parte destes responderam que estavam poucas vezes preocupados com o peso da criança.

Quadro 21

Preocupação parental com o peso da criança

	Frequência	Porcentagem	Média	Desvio Padrão
Nunca	90	29,8		
Poucas Vezes	99	32,8		
Às Vezes	70	23,2	2,29	1,18
Bastantes Vezes	21	7,0		
Quase Sempre	22	7,3		
Total	302	100,0		

Foi considerado o objetivo de verificar a associação entre a preocupação parental com o peso da criança e as várias escalas e subescalas de práticas alimentares parentais.

Quadro 22

Correlações entre a Escala de “Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão” e respectivas subescalas e a preocupação parental com o peso da criança, segundo o Coeficiente de Pearson¹ e Spearman²

	Coeficiente de Correlação
Facilitação da Autorregulação/Dar Opções	-0,10 ¹
Facilitação da Autorregulação/Ensino e Modelagem	-0,04 ²
Facilitação da Autorregulação/Instrução Direta	-0,09 ¹
Modelagem	0,13 ^{*2}
Total - <i>Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão</i>	0,04 ¹

*. A correlação é significativa no nível 0,05.

¹ Coeficiente de correlação Pearson

² Coeficiente de correlação Spearman

Primeiramente, na Escala de *Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão* e respectivas subescalas, verificámos que as correlações não são significativas para a escala ou alguma subescala, com exceção da subescala *Modelagem*, que tem uma correlação significativa, positiva e fraca com a preocupação. Também na Escala de *Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos* e respectivas subescalas, verificámos que as correlações não são significativas para a escala ou alguma das subescalas.

Quadro 23

Correlações entre a Escala de “Práticas Ineficazes de Controlo” e respectivas subescalas e a preocupação parental com o peso da criança, segundo o Coeficiente de Pearson¹ e Spearman²

	Coeficiente de Correlação
Restrição	0,05 ²
Pressão para Comer	0,26 ^{**1}
Comida como Recompensa	0,11 ²
Ingestão Emocional	0,17 ^{**2}
Permissividade	0,06 ²
Total - <i>Práticas Ineficazes de Controlo</i>	0,22 ^{**1}

** A correlação é significativa no nível 0,01.

¹ Coeficiente de correlação Pearson

² Coeficiente de correlação Spearman

Quanto à escala de *Práticas Ineficazes de Controlo* e respectivas subescalas, verificámos que as subescalas *Pressão para Comer*, *Ingestão Emocional* e a escala total, apresentam correlações positivas e moderadas.

Relativamente ao temperamento da criança, a maior parte dos pais respondeu que a sua criança tinha um temperamento impulsivo/pouco autorregulado, sendo que os restantes pais responderam que a criança tinha um temperamento fácil/autorregulado e inibido, por esta ordem. Alguns dos pais responderam que a descrição do temperamento da sua criança não correspondia a nenhuma das três descrições anteriores e houve, ainda, alguns pais que não responderam a esta pergunta.

Quadro 24

Frequências do temperamento da criança

	Frequência	Porcentagem
Temperamento impulsivo/pouco autorregulado	117	38,7
Temperamento inibido	31	10,3
Temperamento fácil/autorregulado	92	30,5
A minha criança não é parecida com nenhuma destas descrições	36	11,9
Não respondeu	26	8,6
Total	240	100,0

Para responder ao objetivo de verificar a associação entre o temperamento da criança e as várias escalas e subescalas de práticas alimentares parentais, foram considerados apenas os três grupos em que os pais identificaram um perfil de temperamento. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os tipos de temperamento e as diversas escalas e subescalas de práticas alimentares parentais.

Discussão

Em seguida, são discutidos os resultados deste trabalho, tendo em consideração os objetivos definidos. No que diz respeito ao primeiro objetivo deste trabalho de construção, análise e validação do *Questionário de Práticas Parentais Relacionadas com a Alimentação*, foi construído um questionário composto por três escalas e onze subescalas, que se mostrou adequado para avaliar o uso de um leque bastante alargado de práticas alimentares parentais. Estas escalas mostraram boas propriedades psicométricas, com níveis adequados de consistência interna para cada escala e subescala e uma estrutura fatorial teoricamente consistente e que explica níveis razoáveis de variância. As escalas de *Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão* e de *Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos* estão positivamente correlacionadas entre si. Este tipo de práticas têm sido consideradas como positivas ou eficazes em vários estudos, por se terem mostrado associadas a melhores hábitos alimentares (Baranowski et al., 2013a,

2013b; Diep et al., 2015; Hingle et al., 2012). Podemos considerar que as primeiras terão mais efeitos a longo prazo, ao ensinar e incentivar a criança a regular a ingestão energética e, as segundas, um efeito mais imediato, através do controlo indireto dos alimentos que são oferecidos ou disponibilizados à criança. Também se observou uma correlação negativa entre as *Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos* e as *Práticas Ineficazes de Controlo*. As primeiras envolvem um controlo indireto, em que a criança não é pressionada diretamente e, as segundas, um controlo mais direto e coercivo, diretamente detetado pela criança (Ogden et al., 2006). Estudos anteriores mostram que as práticas de controlo indireto tendem a estar associadas a melhores hábitos alimentares (Boots et al., 2017; Grolnick & Pomerantz, 2009; O'Connor et al., 2010a) e as segundas a piores hábitos (Fisher & Birch, 1999; Martins, 2016; Musher-Eizenman & Holub, 2007; O'Connor et al., 2010b; Savage et al., 2017), sugerindo que as práticas de controlo indireto tendem a ser mais eficazes. O facto de estas se encontrarem negativamente associadas entre si pode sugerir que os pais que utilizam práticas de controlo indireto sentem menos necessidade de recorrer a um controlo mais direto e coercivo para influenciarem a ingestão alimentar dos filhos.

Considerando o objetivo de caracterizar as práticas parentais alimentares da amostra estudada, verificou-se que as *Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos* foram as mais reportadas, enquanto que as *Práticas Ineficazes de Controlo* foram as menos referidas pelos pais desta amostra. Este é um resultado positivo, tendo em conta que as *Práticas Ineficazes de Controlo* agrupam estratégias de pressão para comer e restrição que não produzem efeitos positivos a longo prazo (O'Connor et al., 2010b), e não se têm mostrado associadas a comportamentos alimentares saudáveis na criança (Diep et al., 2015; Hingle et al., 2012; Martin-Biggers et al., 2015). Além disso, apesar de algum controlo parental sobre os alimentos que a criança come ser importante, sobretudo se considerarmos que se trata de crianças pequenas, um controlo coercivo ou, contrariamente, a atribuição de controlo excessivo à criança, como acontece na permissividade, pode resultar em preferências por alimentos não saudáveis e piores hábitos alimentares (Haycraft et al., 2017). Estes resultados predominantemente positivos podem ser em parte explicados pelo nível de escolaridade elevado desta amostra, pois pais com um nível mais elevado de escolaridade tendem a valorizar mais uma alimentação infantil saudável (Arganini, Saba, Comitato, Virgili, & Turrini, 2012) e, desta forma, poderão fazer uma maior utilização de práticas alimentares mais positivas e eficazes. É

de realçar que estes resultados também podem ter sido afetados por algum efeito de desejabilidade social, devido à elevada validade facial de muitos itens do questionário.

Considerando de forma mais específica as *Práticas Promotoras da Autorregulação da Ingestão*, as práticas que os pais reportaram utilizar mais frequentemente foram a *Facilitação da Autorregulação/Ensino e Modelagem* e a *Modelagem*. Estas práticas visam o ensino ou a modelagem pelos pais de atitudes facilitadoras da autorregulação da ingestão, apoiando a autonomia da criança (Vaughn et al., 2016). Se os pais funcionarem como modelos de autorregulação, os seus filhos terão uma maior probabilidade de aprenderem essas competências e de se alimentarem de forma saudável (Boots et al., 2017).

Já na escala de *Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos*, a prática mais utilizada pelos pais foi a *Exposição a Vegetais e Frutas*. Numa criança pequena, é normal a recusa de um alimento novo, mas quanto mais vezes este é apresentado e provado pela criança, maior a sua aceitação. Como tal, no caso das frutas e vegetais, nomeadamente, aqueles com um sabor mais diferente ou mais amargo, a exposição é essencial para alterar a preferência ou aceitação da criança (Sullivan & Birch, 1994).

Quanto à escala de *Práticas Ineficazes de Controlo*, as práticas que os pais reportaram utilizar mais são a *Restrição*, *Pressão para Comer* e a *Comida como Recompensa*. As duas primeiras práticas são das mais estudadas na literatura neste âmbito e têm sido apontadas como um obstáculo ao desenvolvimento da autorregulação da criança, podendo conduzir a problemas posteriores de regulação da ingestão alimentar e de peso (Ek et al., 2016; Fisher & Birch, 1999; Martins, 2016; Musher-Eizenman & Holub, 2007; Savage et al., 2017). Estes problemas podem surgir devido, por exemplo, a uma tendência para a criança ingerir alimentos anteriormente restringidos, na ausência de fome, quando o contexto de restrição desaparece ou quando aumenta a autonomia alimentar da criança (Boots et al., 2017; Fisher & Birch, 1999; Johnson & Birch, 1994; Larsen et al., 2015; Rochinha & Sousa, 2012; Rollins et al., 2015). Em contrapartida, também pode surgir a aversão a determinados alimentos, quando a criança é repetidamente pressionada a ingeri-los (Webber et al., 2010). No que diz respeito à *Comida como Recompensa*, a sua utilização pode conduzir ao aumento da preferência pelo alimento que é utilizado como recompensa (Rochinha & Sousa, 2012). A prática que

os pais reportaram utilizar menos foi a *Permissividade*. Esta prática, que muitos clínicos consideram frequente, poderá eventualmente ter sido menos reportada por os pais terem menos consciência da frequência com que a usam ou, igualmente, por um efeito de desejabilidade social.

Relativamente ao objetivo de explorar a associação entre as práticas alimentares parentais com as variáveis sociodemográficas, apenas se encontrou uma associação fraca entre a idade da criança e a *Facilitação da Autorregulação/Ensino e Modelagem e Facilitação da Autorregulação/Instrução Direta*. À medida que a criança cresce, os pais sentem, provavelmente, que elas são mais capazes de entender os ensinamentos relacionados com as estratégias de autorregulação e tendem a aumentar a utilização destas estratégias. Quanto aos outros grupos de práticas, não se observou nenhuma associação com a idade da criança. Ek e colaboradores (2016) não encontraram qualquer associação entre a idade da criança e práticas parentais alimentares, embora, neste estudo, apenas tenham estudado as práticas de restrição, pressão para comer e monitorização. Já Brown et al. (2008) consideraram que existia uma maior probabilidade de os pais utilizarem a prática de pressão para comer se a criança fosse mais nova – no entanto, a literatura sobre este assunto ainda é escassa.

Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre pais e mães para nenhuma das escalas e subescalas. Tal pode dever-se à grande diferença do número de pais (n=38) e de mães (n=264). É possível hipotetizar que os pais que responderam a este questionário são aqueles que têm um maior interesse e envolvimento na alimentação dos filhos e que, como tal, o seu comportamento não será muito diferente do das mães que assumem estas funções mais frequentemente (Haycraft & Blisset, 2012).

Relativamente à associação entre a escolaridade dos pais e as práticas alimentares por eles reportadas, verificou-se que os pais com mais anos de escolaridade utilizam mais frequentemente práticas consideradas positivas ou eficazes e menos as consideradas contraproducentes ou ineficazes. Este resultado pode dever-se ao facto de uma maior escolaridade poder significar um maior acesso à informação e melhores cuidados para a criança (Warkentin et al., 2018). Além disso, um nível de escolaridade elevado pode ser um indicador indireto de um nível socioeconómico mais elevado e, tendo em conta que os recursos económicos da família podem ter influência nas práticas alimentares parentais

(Loth et al., 2013), mais posses económicas podem conduzir a uma maior utilização de práticas de controlo indireto.

Concretamente, os pais com mais anos de escolaridade relataram utilizar mais a prática de *Dar Opções* (inserida na *Facilitação da Autorregulação*), *Restrição de Comida Não Saudável* e *Exposição a Vegetais e Frutas* (da escala de *Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos*) do que os pais com menor escolaridade. Em contrapartida, pais com menos anos de escolaridade relataram um maior uso de *Práticas Ineficazes de Controlo*, como a *Pressão para Comer* e *Permissividade*. Estes resultados corroboram o estudo de Nowicka e colaboradores (2014), em que um maior nível de educação estava associado a uma menor utilização de práticas de controlo, nomeadamente, a pressão para comer. Também Larsen et al. (2015) e Warkentin et al. (2018) verificaram que pais com menor nível de escolaridade fazem um maior uso deste tipo de práticas ineficazes. Porém, há estudos que contrariam estes resultados, demonstrando que pais com um nível mais elevado de educação tinham maior probabilidade de utilizar práticas alimentares de controlo (Boots et al., 2017; Brown et al., 2008; Gubbels et al., 2009).

Quanto ao objetivo de explorar a associação entre o IMC auto reportado dos pais e as práticas alimentares parentais, verificou-se que os pais que reportaram ter um peso normal utilizavam mais a prática de *Exposição a Vegetais e Frutas* (escala de *Práticas Relacionadas com a Disponibilização de Alimentos*), comparativamente com os pais que reportaram ter excesso de peso. Este resultado é consistente com o de Roberts e colaboradores (2018), que observaram que os pais com um IMC elevado demonstram menos práticas alimentares de suporte/promoção de autonomia. No entanto, no nosso estudo, não se verificou uma associação entre o IMC e as práticas de incentivo à autorregulação da criança. Também se verificou que pais com excesso de peso auto reportado utilizavam mais a *Permissividade* do que pais com um peso normal. Estas práticas de permissividade podem ser semelhantes às práticas que o progenitor tem em relação a si mesmo e refletir a sua própria alimentação, nomeadamente o consumo de açúcar e de alimentos não saudáveis. Esta permissividade é pautada por uma falta de controlo e uma baixa restrição dos alimentos não saudáveis, o que pode conduzir a que a criança tenha uma menor qualidade de alimentação (Vaughn et al., 2016; Webber et al., 2010).

A preocupação pode ser um dos preditores das práticas alimentares que os pais utilizam com os seus filhos, na medida em que, por exemplo, uma maior preocupação com o peso do filho pode levar a um maior uso de práticas alimentares restritivas (Ek et al., 2016; Fisher & Birch, 1999; Melbye & Hansen, 2015; Nowicka et al., 2014; Warkentin et al., 2018). No presente estudo, verificou-se que a maioria dos pais estava pouco preocupada com o peso da criança. Tal resultado vai de encontro às conclusões de Eckstein e colaboradores (2006), em que apenas poucos pais de crianças pré-escolares demonstraram estar preocupados com o peso dos seus filhos. Verificámos que a *Pressão para Comer*, a *Ingestão Emocional* e a escala total de *Práticas Ineficazes de Controlo* estão moderadamente associadas à preocupação com o peso da criança. Segundo alguns estudos, os pais utilizam mais a prática de *Pressão Para Comer* quando a sua preocupação é a de que a criança não está a comer o suficiente e/ou ter baixo peso, tendo esta prática uma menor probabilidade de ser utilizada quando a preocupação é com o excesso de peso (Birch et al., 2001; Ek et al., 2016; Melbye & Hansen, 2015; Musher-Eizenman & Holub, 2007; Warkentin et al., 2018). Todavia, a medida da preocupação utilizada tem algumas limitações, pois não especifica a direção da preocupação, isto é, se os pais se preocupam com o excesso ou com o baixo peso.

Os resultados relativos à prática de *Pressão para Comer* podem sugerir que a preocupação destes pais é maioritariamente com o baixo peso da criança. Se assim for, isto pode explicar que os pais sejam também mais tolerantes e propensos a utilizar a prática de *Ingestão Emocional*, ou seja, a utilizar a comida para consolar a criança, apesar desta prática poder comprometer a capacidade de autorregulação da criança e, porventura, pôr a criança em risco de obesidade (Stifter & Moding, 2017).

No presente estudo, não se observaram diferenças significativas nas práticas alimentares utilizadas por pais de crianças avaliadas como tendo diferentes tipos de temperamento (*Impulsivo/Pouco Autorregulado*; *Inibido* e *Fácil/Autorregulado*). Alguns estudos também não encontraram esta relação (Inella et al., 2018; Tate et al., 2016). No entanto, noutros estudos, o temperamento demonstrou estar associado a determinadas práticas parentais alimentares, como a utilização de comida para a regulação emocional e a monitorização (Bergmeier et al., 2014; Haycraft & Blisset, 2012). Esta falta de associação entre o temperamento e as práticas parentais alimentares pode ter-se devido a dois fatores. Um deles, por fragilidades da medida usada, que ainda não foi testada noutros estudos, sendo que os estudos sobre este tema mediram o temperamento através

de questionários mais extensos e completos. Outro possível motivo será o facto de se ter utilizado uma medida de temperamento geral não especificamente direccionada para o contexto da alimentação. Estudos futuros devem continuar a explorar esta associação, com recurso a medidas de temperamento mais robustas ou medidas mais especificamente relacionadas com as diferenças individuais das crianças na sua relação com a ingestão alimentar.

Conclusões

O presente estudo pretendeu construir e validar um questionário sobre práticas parentais relacionadas com a alimentação para futura utilização em estudos de intervenção, assim como avaliar as práticas parentais relacionadas com a alimentação dos filhos em idade pré-escolar, através da caracterização das práticas alimentares reportadas pelos pais e da exploração de associações entre as práticas alimentares parentais e as características demográficas dos pais, o IMC por eles reportado, a preocupação parental com o peso da criança, a idade da criança e o seu temperamento.

Todavia, o estudo apresenta algumas limitações que são necessárias ter em conta na análise dos resultados obtidos. Primeiramente, o grau de escolaridade da amostra é maioritariamente ao nível do Ensino Superior, o que não retrata adequadamente o panorama da população portuguesa e, como tal, pode ter contribuído para resultados menos diferenciados. A amostra também é desequilibrada no número de participantes de ambos os sexos. Em estudos futuros, seria importante ter uma amostra mais equilibrada nas várias dimensões demográficas.

Ademais, a amostragem teve um carácter voluntário, para além de ter sido recolhida através das redes sociais, não podendo ser considerada representativa da população geral. O carácter voluntário da amostragem pode ter conduzido a que o questionário tenha sido respondido apenas pelos pais e mães com mais interesse e envolvimento nesta temática e que, portanto, possam ter práticas consideradas mais positivas. Como tal, em estudos futuros, deve haver uma recolha de amostra diferente e mais intencional para ser mais abrangente e mais representativa da população de pais de crianças em idade pré-escolar. Não é de excluir que o efeito de desejabilidade social, causado pela elevada validade facial de alguns itens, possa ter conduzido a um enviesamento das respostas. Os instrumentos de preocupação e temperamento carecem de alguma reflexão, na procura dos que sejam mais adequados para responder às questões de investigação colocadas.

Contudo, foi possível desenvolver um questionário relativamente completo e breve, que mostrou propriedades psicométricas aceitáveis para ser utilizado em estudos futuros nesta área, na medida em que pode contribuir para conhecer melhor as práticas alimentares empregues pelos pais. Este questionário permitiu a integração de um vasto conjunto de práticas, nomeadamente as práticas de promoção da autorregulação em contexto alimentar. A disponibilização deste instrumento permite desenvolver mais investigação sobre este tipo de práticas, visto que a literatura sobre estas ainda é pouco abundante. Além disso, as associações das várias práticas alimentares com as variáveis estudadas nesta investigação também deveriam ser mais aprofundadas, para além de outras variáveis aqui não tratadas, como o sexo e IMC da criança e o nível socioeconómico, a etnia e a estrutura familiar (e.g. família monoparental, coparentalidade, família alargada).

A intervenção na área das práticas alimentares parentais deve ter em conta os seus vários determinantes, podendo estes ser relacionados com a criança, os pais e/ou o contexto. Ainda na intervenção nesta área, é importante um maior investimento no estudo da eficácia e no desenvolvimento de intervenções para a promoção da utilização de práticas que visem o desenvolvimento da autorregulação da criança, de forma a que esta consiga regular a sua ingestão alimentar em resposta a pistas internas de saciedade ou fome, o que, por sua vez, contribuirá para que tenha uma melhor alimentação.

Seria igualmente importante um maior foco de intervenção e investigação nos pais, e não apenas nas mães, de maneira a que ambos os progenitores pudessem contribuir de maneira mais equitativa para um contexto alimentar da criança mais positivo. Além disso, progenitores com um menor nível de escolaridade tendem a utilizar práticas alimentares menos eficazes e, como tal, seria importante intervenções adequadas ao seu nível de escolaridade e que visassem uma utilização mais frequente de práticas consideradas eficazes.

Este questionário pode permitir a avaliação da eficácia de intervenções que visam a promoção de práticas alimentares parentais consideradas mais eficazes, cujo objetivo é o de promover uma alimentação mais variada e saudável para os seus filhos, algo crucial, não apenas em termos do seu crescimento e desenvolvimento, mas também em termos de saúde, prevenindo a obesidade e algumas doenças crónicas, como alguns cancros,

diabetes tipo II e doença coronária (Baranowski et al., 2003; Cross et al., 2014; Hingle, 2012; Martins, 2016; O'Connor et al., 2010a).

Referências Bibliográficas

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Anzman, S., Rollins, B., & Birch, L. (2010). Parental influence on children's eating environments and obesity risk: implications for prevention. *International Journal of Obesity*, 34, 1116-1124.
- Arganini, C., Saba, A., Comitato, R., Virgili, F., & Turrini, A. (2012). Gender differences in food choice and dietary intake in modern western societies. In *Public health-social and behavioral health*. IntechOpen. doi: 10.5772/37886
- Bagozzi, R., Baumgartner, H. & Pieters, R. (1998). Goal-directed emotions. *Cognition & Emotion*, 12(1), 1-26.
- Baranowski, T., Perry, C., & Parcel, G. (2002). How Individuals, Environments, and Health Behavior Interact. In K. Glanz, B. K. Rimer, & F. M. Lewis (Eds). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (3^a Ed.) (pp. 165-184) San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Baranowski, T., Cullen, K., Nicklas, T., Thompson, D., & Baranowski, J. (2003). Are Current Health Behavioral Change Models Helpful in Guiding Prevention of Weight Gain Efforts?. *Obesity Research*, 11, 23S-43S.
- Baranowski, T., Beltran, A., Chen, T.-A., Thompson, D., O'Connor, T., Hughes, S., ... Baranowski, J. (2013a). Psychometric assessment of scales for a Model of Goal Directed Vegetable Parenting Practices (MGDVPP). *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 110–127. doi: 10.1186/1479-5868-10-110

- Baranowski, T., Chen, T.-A., O'Connor, T., Hughes, S., Beltran, A., Frankel, L., ...
Baranowski, J. (2013b). Dimensions of vegetable parenting practices among preschoolers. *Appetite*, *69*, 89-93. doi: 10.1016/j.appet.2013.05.015
- Baranowski, T., Chen, T.-A., O'Connor, T., Hughes, S., Diep, C., Beltran, A., ...
Baranowski, J. (2015). Predicting habits of vegetable parenting practices to facilitate the design of change programmes. *Public Health Nutrition*, *19*(11), 1976-1982. doi: 10.1017/S1368980015003432.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, *4*(1), 1-103.
- Beltran, A., O'Connor, T., Hughes, S., Thompson, D., Baranowski, J., Nicklas, T., &
Baranowski, T. (2017). Parents' Qualitative Perspectives on Child Asking for Fruit and Vegetables. *Nutrients*, *9*(6), 575. doi: 10.3390/nu9060575
- Bergmeier, H., Skouteris, H., Horwood, S., Hooley, M., & Richardson, B. (2014). Associations between child temperament, maternal feeding practices and child body mass index during preschool years: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, *15*(1), 9-18.
- Birch, L., & Fisher, J. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, *101*(2), 539-549.
- Birch, L., & Fisher, J. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition*, *71*(5), 1054-1061.
- Birch, L., Fisher, J., Grimm-Thomas K., Markey, C., Sawyer, R., & Johnson, S. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: A measure of

parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 36, 201-210.

Blissett, J., Haycraft, E., & Farrow, C. (2010). Inducing preschool children's emotional eating: relations with parental feeding practice. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 92(2), 359-365.

Boots, S., Tiggemann, M., & Corsini, N. (2017). Three broad parental feeding styles and young children's snack intake. *Health Education Journal*, 76(5), 609-621.

Brann, L. & Skinner, J. (2005). More controlling child-feeding practices are found among parents of boys with an average body mass index compared with parents of boys with a high body mass index. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(9), 1411-1416.

Brown, K., Ogden, J., Vögele, C., & Gibson, L. (2008). The role of parental control practices in explaining children's diet and BMI. *Appetite*, 50(2-3), 252-259.

Cross, M., Hallett, A., Ledoux, T., O'Connor, D., & Hughes, S. (2014). Effects of children's self-regulation of eating on parental feeding practices and child weight. *Appetite*, 81, 76-83.

Diep, C., Beltran, A., Chen, T.-A., Thompson, D., O'Connor, T., Hughes, S., ... Baranowski, T. (2015). Relating Use of Effective Responsive, Structure, and Non-Directive Control Vegetable Parenting Practices to Subscales from the Model of Goal Directed Behavior. *International Journal of Child Health and Nutrition*, 5, 45-55.

- Durbin, D. , Darling, N., Steinberg, L., & Brown, B. (1993). Parenting style and peer group membership among European-American adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 3(1), 87-100.
- Eckstein, K., Mikhail, L., Ariza, A., Thomsonc, S., Millardd, S., Binns, H., & Group, P. P. R. (2006). Parents' perceptions of their child's weight and health. *Pediatrics*, 117(3), 681-690. doi: 10.1542/peds.2005-0910
- Ek, A., Sorjonen, K., Eli, K., Lindberg, L., Nyman, J., Marcus, C., & Nowicka, P. (2016). Associations between Parental Concerns about Preschoolers' Weight and Eating and Parental Feeding Practices: Results from Analyses of the Child Eating Behavior Questionnaire, the Child Feeding Questionnaire and the Lifestyle Behavior Checklist. *PloS one*, 11(1), e0147257. doi: 10.1371/journal.pone.0147257.
- Ekim, A. (2016). The Effect of parents' self-efficacy perception on healthy eating and physical activity behaviors of turkish preschool children. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 39(1), 30-40.
- Entin, A., Kaufman-Shriqui, V., Naggan, L., Vardi, H., & Shahar, D. (2014). Parental feeding practices in relation to low diet quality and obesity among LSES children. *Journal of the American College of Nutrition*, 33(4), 306-314.
- Fisher, J., & Birch, L. (1999). Restricting Access to Foods and Children's Eating. *Appetite*, 32, 405-419.
- Fisher, J., & Birch, L. (2002). Eating in the absence of hunger and overweight in girls from 5 to 7 years of age. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 76(1), 226-231.

- Frankel, L., Powell, E., Jansen, E. (2018). The relationship between structure-related food parenting practices and children's heightened levels of self-regulation in eating. *Childhood Obesity, 14*(2), 81-88.
- Gomes, A. I. (2018). *Estudo dos determinantes parentais e individuais dos comportamentos alimentares da criança pré-escolar* (Tese de Doutoramento). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Grolnick, W., & Pomerantz, E. (2009). Issues and challenges in studying parental control: Toward a new conceptualization. *Child Development Perspectives, 3*(3), 165-170.
- Gubbels, J., Kremers, S., Stafleu, A., Dagniele, P., Goldbohm, R., de Vries, N., & Thijs, C. (2009). Diet-related restrictive parenting practices. Impact on dietary intake of 2-year-old children and interactions with child characteristics. *Appetite, 52*(2), 423-429. doi: 10.1016/j.appet.2008.12.002.
- Haycraft, E., & Blisset, J. (2012). Predictors of Paternal and Maternal Controlling Feeding Practices with 2- to 5-year-old children. *Journal of Nutrition Education and Behaviour, 44*(5), 390-397.
- Haycraft, E., Farrow, C., Meyer, C., Powell, F., & Blissett, J. (2011). Relationships between temperament and eating behaviours in young children. *Appetite, 56*(3), 689-692.
- Haycraft, E., Karasouli, E., & Meyer, C. (2017). Maternal feeding practices and children's eating behaviours: A comparison of mothers with healthy weight versus overweight/obesity. *Appetite, 116*, 395-400. doi: 10.1016/j.appet.2017.05.033
- Herman, C., & Polivy, J. (2004). The self-regulation of eating: Theoretical and practical problems. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation:*

Research, theory, and applications (pp. 492-508). New York, EUA: Guilford Press.

Hingle, M., Beltran, A., O'Connor, T., Thompson, D., Baranowski, J., & Baranowski, T. (2012). A model of goal directed vegetable parenting practices. *Appetite, 58*, 444-449.

Inella, M., McNaughton, D., Schoeny, M., Tangney, C., Breitenstein, S., Reed, M., & Wilbur, J. (2018). Child temperament, maternal feeding practices, and parenting styles and their influence on obesogenic behaviors in hispanic preschool children. *The Journal of School Nursing, 1059840518771485*.

Johnson, S., & Birch, L. (1994). Parent's and children's adiposity and eating style. *Pediatrics, 94*, 653-661.

Kamins, M., & Dweck, C. (1999). Person versus process praise and criticism: Implications for contingent self-worth and coping. *Developmental Psychology, 35*(3), 835–847. doi:10.1037/0012-1649.35.3.835

Khandpur, N., Charles, J., Blaine, R., Blake, C., & Davison, K. (2016). Diversity in fathers' food parenting practices: a qualitative exploration within a heterogenous sample. *Appetite, 101*, 134-145.

Lampard, A., Byrne, S., Zubrick, S., & Davis, E. (2008). Parents' concern about their children's weight. *International Journal of Pediatric Obesity, 3*(2), 84–92. doi:10.1080/17477160701832552

Larsen, J. K., Hermans, R. C. J., Sleddens, E. F. C., Engels, R. C. M. E., Fisher, J. O., & Kremers, S. P. J. (2015). How parental dietary behavior and food parenting

- practices affect children's dietary behavior. Interacting sources of influence?. *Appetite*, 89, 246-257.
- Lloyd, A., Lubans, D., Plotnikoff, R., Collins, C., & Morgan, P. (2014). Maternal and paternal parenting practices and their influence on children's adiposity, screen-time, diet and physical activity. *Appetite*, 79, 149-157.
- Lopez, N., Ayala, G., Corder, K., Eisenberg, C., Zive, M., Wood, C., & Elder, J. (2012). Parent support and parent-mediated behaviors are associated with children's sugary beverage consumption. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(4), 541-547.
- Loth, K., MacLehose, R., Fulkerson, J., Crow, S., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Eat this, not that! Parental demographic correlates of food-related parenting practices. *Appetite*, 60, 140-147. doi: 10.1016/j.appet.2012.09.019.
- Maccoby, E., & Martin J. (1983) Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In E. Hetherington (Ed.), *Socialization, Personality, and Social Development* (Vol. 4) (pp. 1-101). Nova Iorque, EUA: John Wiley.
- Martin, R. (2015) *Association of Temperamental Characteristics and Sleep Problems In Early Childhood*. Unpublished material. University of Georgia.
- Martins, R. (2016). *O Comportamento Alimentar e Hábitos Alimentares da Criança em Idade Pré-Escolar: Relação com as Estratégias Parentais* (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Melbye, E., & Hansen, H. (2015). Child weight and parental feeding practices: a child-responsive model. *Nutrition & Food Science*, 45(1), 174-188.

- Moore, L., Harris, C., & Bradlyn, A. (2011). Exploring the Relationship Between Parental Concern and the Management of Childhood Obesity. *Maternal and Child Health Journal, 16*(4), 902–908. doi:10.1007/s10995-011-0813-x
- Musher-Eizenman, D., & Holub, S. (2007). Comprehensive Feeding Practices Questionnaire: Validation of a New Measure of Parental Feeding Practices. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(8), 960-972.
- Nepper, M., & Chai, W. (2016). Parent's barriers and strategies to promote healthy eating among school-aged children. *Appetite, 103*, 157-164.
- Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., Story, M., Croll, J., & Perry, C. (2003). Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *Journal of the American Dietetic Association, 103*(3), 317-322.
- Nowicka, P., Sorjonen, K., Pietrobelli, A., Flodmark, C.-E., & Faith, M. S. (2014). Parental feeding practices and associations with child weight status. Swedish validation of the Child Feeding Questionnaire finds parents of 4-year-olds less restrictive. *Appetite, 81*, 232-241.
- Nunes, E., & Breda, J. (2001). *Manual para uma Alimentação Saudável em Jardins de Infância*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- O'Connor, T., Hughes, S., Watson, K., Baranowski, T., Nicklas, T., Fisher, J., ... Shewchuk, M. (2010a). Parenting practices are associated with fruit and vegetable consumption in pre-school children. *Public Health Nutrition, 13*(1), 91-101. doi: 10.1017/S1368980009005916

- O'Connor, T., Watson, K., Hughes, S., Beltran, A., Hingle, M., Baranowski, J., ..., Baranowski, T. (2010b). Health Professionals' and Dietetics Practitioners' Perceived Effectiveness of Fruit and Vegetable Parenting Practices across Six Countries. *Journal of the American Dietetic Association*, *110*(7), 1065-1071. doi: 10.1016/j.jada.2010.04.003
- O'Connor, T., Pham, T., Watts, A., Tu, A., Hughes, S., Beauchamp, M., ... Mâsse, L. (2016). Development of an item bank for food parenting practices based on published instruments and reports from Canadian and US parents. *Appetite*, *103*, 386-395.
- O'Connor, T., Mâsse, L., Tu, A., Watts, A., Hughes, S., ... Vaughn, A. (2017). Food parenting practices for 5 to 12 year old children: a concept map analysis of parenting and nutrition experts input. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *14*(122), 1-17. Doi: 10.1186/s12966-017-0572-1
- Ogden, J., Reynolds, R., & Smith, A. (2006). Expanding the concept of parental control: a role for overt and covert control in children's snacking behaviour. *Appetite*, *47*(1), 100-106.
- Oliveira, E. (2018). *Os Hábitos e as Práticas Alimentares dos pais de crianças em idade pré-escolar* (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Pinket, A.-S., De Craemer, M., De Bourdeaudhuij, I., Deforche, B., Cardon, G., Androustos, O., ... Van Lippevelde, W. (2016). Can parenting practices explain the differences in beverage intake according to Socio-Economic Status: The Toybox-Study. *Nutrients*, *8*(10), 591. doi: 10.3390/nu8100591.

- Pocock, M., Trivedi, D., Wills, W., Bunn, F., & Magnusson, J. (2009). Parental Perceptions regarding Healthy Behaviours for Preventing Overweight and Obesity in Young Children: A systematic review of qualitative studies. *Obesity Reviews, 11*(5), 338-353.
- Roberts, L. T., Goodman, L. C., & Musher-Eizenman, D. R. (2018). Parental correlates of food parenting practices: socioeconomic status, weight, and dieting status. *Ecology of Food and Nutrition, 57*(4), 330-345. doi: 10.1080/03670244.2018.1492381.
- Rochinha, J., & Sousa, B. (2012). Os estilos e práticas parentais, a alimentação e o estado ponderal dos seus filhos. *Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação, 18*(1), 2-7.
- Rollins, B., Savage, J., Fisher, J., & Birch, L. (2015). Alternatives to restrictive feeding practices to promote self-regulation in childhood: a developmental perspective. *Pediatric Obesity, 11*, 326-332.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*(1), 68-78.
- Samson, A., Hemphill, S., & Smart, D. (2004). Connections between temperament and social development: A review. *Social Development, 13*(1), 142-170.
- Savage, J., Fisher, J., & Birch, L. (2007). Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *The Journal of Law, Medicine & Ethics, 35*(1), 22-34.
- Savage, J., Rollins, B., Kugler, K., Birch, L., & Marini, M. (2017). Development of a theory-based questionnaire to assess structure and control in parent feeding

- (SCPF). *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 1-11. doi: 10.1186/s12966-017-0466-2.
- Sherry, B., McDivitt, J., Birch, L., Cook, F., Sanders, S., Prish, J., ... Scanlon, K. (2004). Attitudes, practices, and concerns about child feeding and child weight status among socioeconomically diverse white, hispanic, and african-american mothers. *Journal of the American Dietetic Association*, 104(2), 215-221.
- Steinsbekk, S., Belsky, J., & Wichstrøm, L. (2016). Parental Feeding and Child Eating: An Investigation of Reciprocal Effects. *Child Development*, 87(5), 1538-1549.
- Stifter, C., & Moding, K. (2017). Infant temperament and parent use of food to soothe predict change in weight-for-length across infancy: early risk factors for childhood obesity. *International Journal of Obesity*, 42(9), 1631-1638.
- Sullivan, S., & Birch, L. (1994). Infant dietary experience and acceptance of solid foods. *Pediatrics*, 93(2), 271-277.
- Tate, A., Trofholz, A., Rudasill, K., Neumark-Sztainer, D., & Berge, J. (2016). Does child temperament modify the overweight risk associated with parent feeding behaviors and child eating behaviors?: An exploratory study. *Appetite*, 101, 178-183. doi: 10.1016/j.appet.2016.02.026.
- Vaughn, A., Ward, D., Fisher, J., Faith, M., Hughes, S., Kremers, S., ... & Power, T. (2016) Fundamental constructs in food parenting practices: a content map to guide future research. *Nutrition Reviews*, 74(2), 98-117. doi: 10.1093/nutrit/nuv061
- Ventura, A., & Birch, L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status?. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(1), 1-12. doi: 10.1186/1479-5868-5-15

- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4(20), 611-624.
- Viana, V., Santos, P., & Guimarães, M. (2008). Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão de literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 209-231.
- Warkentin, S., Mais, L., Latorre, M., Carnell, S., & Taddei, J. (2018). Relationships between parent feeding behaviors and parent and child characteristics in Brazilian preschoolers: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, (1), 1. doi: 10.1186/s12889-018-5593-4
- Webber, L., Hill, C., Cooke, L., Carnell, S., & Wardle, J. (2010). Associations between child weight and maternal feeding styles are mediated by maternal perceptions and concerns. *European Journal of Clinical Nutrition*, 64(3), 259.
- Wehrly, S., Bonilla, C., Perez, M., & Liew, J. (2014). Controlling Parental Feeding Practices and Child Body Composition in Ethnically and Economically Diverse Preschool Children. *Appetite*, 73, 163-171. doi: 10.1016/j.appet.2013.11.009
- World Health Organization (2018). *Obesity and overweight*. Retirado de <http://who.int>.
- Yavuz, H., & Selcuk, B. (2018). Predictors of obesity and overweight in preschoolers: The role of parenting styles and feeding styles. *Appetite*, 120, 491-499.

Anexos

Anexo 1 – Protocolo de Consentimento Informado

“Caros pais,

Estamos a convidá-los a participar num estudo sobre *Estratégias Alimentares Parentais*, organizado pelo Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (FPUL), da autoria das Mestrandas Cátia Alves e Patrícia Nogueira e da Professora Doutora Luísa Barros. Este estudo tem como objetivo conhecer melhor como pensam e que preocupações têm os pais de crianças pequenas sobre a aquisição de hábitos alimentares saudáveis nos seus filhos. Todos os pais de crianças dos 2 aos 6 anos estão convidados a participar.

Se aceitar participar, o que me é pedido?

Para participar, só necessitamos que nos forneça algumas informações relativas a si (idade, sexo, escolaridade, peso e altura) e aos seus filhos (idade, peso e altura) e que responda às questões que lhe são colocadas sobre as suas atitudes, ideias e preocupações relativamente à alimentação infantil. O preenchimento destes questionários deverá durar cerca de 20 minutos, e pode interromper em qualquer momento, regressando depois para terminar as suas respostas.

Qual a vantagem de participar?

A informação recolhida através destes questionários será analisada e irá contribuir para o desenvolvimento do conhecimento acerca deste tema, sendo esta divulgada junto dos profissionais que trabalham na área da alimentação infantil, especialmente em crianças em idade pré-escolar. Desta forma, espera-se que este conhecimento contribua para uma melhor intervenção juntos dos pais de crianças em idade pré-escolar, com vista a promover práticas alimentares mais saudáveis.

Quem tem acesso aos dados?

Os dados recolhidos são totalmente anónimos, visto que não é pedido nenhum elemento de identificação individual sobre si ou sobre a(s) sua(s) criança(s). A informação recolhida será armazenada numa base de dados e utilizada somente no âmbito deste estudo, cumprindo todas as regras de segurança recomendadas. Os resultados coletivos, resultantes da combinação das respostas de todos os participantes, serão disponibilizados aos pais que assim o pretendam, no final do estudo.

Se precisar de mais informação, com quem deve contactar?

Por favor, contacte com as autoras deste estudo através do e-mail: catia.sofia.alves@campus.ul.pt ou patriciacnogueira@campus.ul.pt.

Ao prosseguir, confirma que leu e concorda com a informação acima apresentada.

Prossiga apenas se concorda em participar.”

Anexo 2 – Exemplo de questões do *Questionário de Práticas Parentais Relacionadas com a Alimentação*

Abaixo, verá várias afirmações acerca de práticas alimentares que os pais podem utilizar com a(s) sua(s) criança(s). A resposta poderá ser dada numa escala de 1 a 5, em que 1 corresponde a “Totalmente Verdadeiro” e 5 a “Totalmente Falso”. Pedimos que responda de forma sincera, não havendo respostas certas ou erradas (se tem mais do que um filho, considere apenas uma das suas crianças entre os 2 e os 6 anos).

	Totalmente Verdadeiro	Verdadeiro	Nem Verdadeiro Nem Falso	Falso	Totalmente Falso
Tenho de ter a certeza de que a criança não come demasiadas guloseimas (ex: rebuçados, gelados, bolos ou pastéis).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho de ter a certeza de que a criança não come demasiados alimentos ricos em gordura.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>