

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

**ESTUDO PSICOMÉTRICO DO QUESTIONÁRIO DE
PERCEÇÃO PARENTAL DE BARREIRAS
RELACIONADAS COM A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA**

Patrícia Canhoto Nogueira

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



**ESTUDO PSICOMÉTRICO DO QUESTIONÁRIO DE PERCEÇÃO
PARENTAL DE BARREIRAS RELACIONADAS COM A
ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA**

Patrícia Canhoto Nogueira

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 final desta fase tão importante da minha vida, onde tanto cresci e aprendi, não podia deixar de expressar o meu agradecimento a todos aqueles que estiveram presentes e me apoiaram neste percurso, e que diretamente ou indiretamente tornaram possível este trabalho.

À Professora Doutora Luísa Barros pela ajuda, disponibilidade, correções e orientações que tanto me ajudaram a fazer este trabalho da melhor forma possível.

À Professora Doutora Ana Isabel Pereira pela disponibilidade e ajuda no esclarecimento de dúvidas de estatística.

Aos meus pais, avós, padrinhos e à minha prima, por todo o amor, por terem estado sempre presentes, e por me terem mostrado que existia sempre um porto de abrigo onde podia refugiar-me e ganhar forças para continuar esta caminhada.

Às minhas amigas Cátia, Joana, Inês e Sara com as quais pude partilhar medos, dúvidas e inseguranças, assim como trocar palavras de incentivo e motivação. Juntas e a viver o mesmo percurso conseguimos sempre ultrapassar tudo. São sem dúvida as melhores amigas que esta faculdade me poderia ter dado.

Às minhas amigas e colegas de estágio, Vitória e Cheila, por terem aturado as minhas revoltas contra o SPSS e me terem ajudado com as dúvidas de ortografia. Sem dúvida que a vossa companhia tornou este ano de trabalho mais fácil.

Às minhas amigas nutricionistas Johana e Mariana, pela companhia, ajuda, opinião crítica e por me motivarem a continuar.

Finalmente, um agradecimento geral a todos os profissionais do meu local de estágio, que tanto me ensinaram e me ajudaram a crescer.

Resumo

Atualmente, são múltiplas as evidências sobre o papel de uma alimentação saudável para o funcionamento adequado do organismo humano. Sendo durante a infância que as crianças desenvolvem hábitos alimentares que tendem a conservar-se na idade adulta, quanto mais saudáveis forem esses hábitos, mais fácil será a prevenção de variadas doenças. Nestes primeiros anos de vida, o papel dos pais enquanto promotores de comportamentos e escolhas alimentares equilibradas é fulcral. No entanto, muitas vezes a implementação destes hábitos saudáveis é contrariada por barreiras percebidas pelos pais.

O presente trabalho teve como objetivo estudar as barreiras percebidas pelos pais em relação à alimentação dos filhos em idade pré-escolar, e explorar a associação destas barreiras com as características sociodemográficas dos pais, a sua preocupação em relação ao peso da criança, e a idade e tipo de temperamento da criança. A amostra foi constituída por 278 pais de crianças pré-escolares, que respondeu *online* ao Questionário de Dados Sociodemográficos e ao Questionário de Perceção Parental de Barreiras Relacionadas com a Alimentação da Criança.

Nos resultados preliminares obtidos verificou-se a existência de características psicométricas aceitáveis. As barreiras mais identificadas foram as relacionadas com o contexto social, e as que remetiam para a apetência dos pais por alimentos com açúcares adicionados, ou para a sua dificuldade em recusar esses alimentos aos filhos.

Os resultados apontam para uma associação positiva entre o Índice de Massa Corporal (IMC) dos pais e a perceção de barreiras relacionadas com os custos de uma alimentação saudável, entre a idade da criança e as barreiras relacionadas com o contexto social e entre a preocupação parental com o peso da criança e as barreiras relacionadas com os comportamentos parentais ligados a açúcares adicionados. Os pais que avaliavam a criança como mais difícil identificaram mais barreiras relacionadas com as preferências de vegetais e frutas da criança e dos próprios pais.

Estes resultados podem contribuir para selecionar algumas orientações relevantes sobre as barreiras percebidas pelos pais, importantes para o desenvolvimento de intervenções direcionadas para ajudarem os pais a ultrapassar as barreiras que lhes dificultam a promoção de hábitos alimentares saudáveis com uma maior eficácia.

Palavras-chave: hábitos alimentares; comportamentos alimentares; barreiras percebidas; crianças em idade pré-escolar.

Abstract

The evidence on the role of healthy eating for the proper functioning of the human body is now multiple. As children develop childhood eating habits that tend to remain in adulthood, the healthier these habits are, the easier it will be to prevent a variety of diseases. In these early years, the role of parents as promoters of balanced eating behaviors and choices is central. However, often implementing these healthy habits is counteracted by barriers perceived by parents.

The objective of this study was to analyze the barriers perceived by parents regarding the feeding of preschool children, and to explore the association of these barriers with the sociodemographic characteristics of the parents, their concern about the child's weight, and the age and type of temperament of the child. The sample consisted of 278 parents of preschool children, who responded *online* to the Sociodemographic Data Questionnaire and the Parental Perception Questionnaire on Barriers Related to Child Feeding.

Preliminary results have shown acceptable psychometric characteristics. The most identified barriers were those related to the social context, and those referring to the parents' appetite for foods with added sugars, or to their difficulty in refusing these foods to their children.

The results point to a positive association between the Body Mass Index (BMI) of the parents and the perception of barriers related to the costs of healthy eating, the age of the child and the barriers related to the social context and between the parental concern with the child's weight and the barriers related to parental behaviors linked to added sugars. Parents who assessed the child as more difficult identified more barriers related to children's vegetable and fruit preferences and the parents themselves.

These results may contribute to the selection of some relevant guidelines on the barriers perceived by parents that are important for the development of interventions aimed at helping parents to overcome the barriers that impede the promotion of healthier eating habits with greater effectiveness.

Keywords: eating habits; eating behaviors; perceived barriers; children of preschool age.

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract.....	vi
Revisão de literatura	1
A importância da alimentação na infância.....	1
Riscos de uma alimentação desequilibrada e a Obesidade	2
Hábitos alimentares e a relação com o desenvolvimento da criança.....	4
Práticas parentais alimentares	5
Principais Modelos de Práticas Parentais.....	6
Barreiras percebidas pelos pais em relação ao comportamento alimentar dos filhos... 8	
Relevância do tema.....	14
Objetivos.....	15
Objetivo geral	15
Objetivos específicos	16
Metodologia.....	16
Construção de um Questionário de Barreiras Parentais à Promoção da Alimentação Saudável da Criança (QPPBRAC).....	16
Participantes.....	17
Procedimento de recolha de dados.....	18
Instrumentos de recolha de dados	18
Questionário sobre Dados Sociodemográficos	18
Questionário de Perceção Parental de Barreiras Relacionadas com a Alimentação da Criança (QPPBRAC).....	19
Escala de Preocupação	19

Escala de Temperamento	19
Fórmula para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC)	20
Procedimentos de Análise de Dados.....	20
Resultados.....	21
Caracterização da Amostra	21
Análise	23
Análise Fatorial Exploratória	23
Análise da consistência interna	26
Correlações entre subescalas.....	27
Caracterização das Barreiras Percebidas	29
Associação entre as barreiras percebidas pelos pais e as características sociodemográficas	29
Associação entre as barreiras percebidas pelos pais e o seu IMC	30
Correlação entre as barreiras percebidas pelos pais e a idade das crianças.....	31
Associação entre as barreiras percebidas pelos pais e o seu nível de preocupação com o peso da criança.....	31
Associação entre as subescalas e o temperamento da criança	32
Discussão	34
Conclusão.....	39
Referências bibliográficas.....	42
Anexos	50
<i>Anexo 1 – Consentimento Informado para os pais.....</i>	<i>51</i>
<i>Anexo 2- Exemplos de itens do Questionário de Percepção Parental de Barreiras relacionadas com a Alimentação da Criança.....</i>	<i>53</i>

Índice de tabelas

Tabela 1: <i>Estudos sobre barreiras percebidas pelos pais na implementação de hábitos saudáveis nos filhos</i>	9
Tabela 2: <i>Caracterização dos pais participantes (n=278)</i>	22
Tabela 3: <i>Matriz de componente rotativa</i>	24
Tabela 4: <i>Média das Correlações Inter-Item e Consistência Interna para escala total e subescalas</i>	27
Tabela 5: <i>Correlações dos Dados segundo o Coeficiente de Spearman e de Pearson</i> ..	28
Tabela 6: <i>Estatística Descritiva das subescalas</i>	29
Tabela 7: <i>Comparação dos custos percebidos conforme o IMC dos pais - Teste U de Mann-Whitney (n pais com peso normal=84; n pais com excesso de peso=186)</i>	30
Tabela 8: <i>Correlações da idade da criança segundo Coeficiente de Spearman e de Pearson</i>	31
Tabela 9: <i>Correlações do item relativo à preocupação segundo o Coeficiente de Spearman e de Pearson</i>	32
Tabela 10: <i>Comparação das barreiras percebidas conforme o temperamento da criança - Teste U de Mann-Whitney (n crianças com temperamento tipo Ativo/Impulsivo (T1)=117; n crianças com temperamento tipo Tranquilo/Inibido(T2) =31; n crianças com temperamento tipo Fácil (T3) =91)</i>	33

Revisão de Literatura

A importância da alimentação na infância

A alimentação surge como um dos principais determinantes de saúde, sendo reflexo das condições de vida de cada um, ou seja, do contexto e cultura em que se move (Loureiro, 2004). É definida como um processo de seleção de alimentos, fruto das preferências, da disponibilidade e da aprendizagem de cada um, processo esse que lhe permite escolher e distribuir as refeições ao longo do dia, de acordo com os seus hábitos e condições pessoais (Nunes e Breda, 2001).

Uma melhor alimentação durante os primeiros anos de vida está relacionada com uma melhor saúde infantil, com sistemas imunológicos mais fortes, com um menor risco de doenças não transmissíveis (e.g. diabetes e doenças cardiovasculares), e com maior longevidade. A alimentação infantil é especialmente importante e determinante para o futuro das crianças, sendo que de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), crianças saudáveis aprendem melhor, são mais produtivas, e conseguem criar mais oportunidades para quebrar gradualmente os ciclos de pobreza e fome.

Portugal, pela sua localização geográfica, tem uma tradição ligada à alimentação mediterrânica, que é considerada um dos padrões alimentares mais saudáveis e completos, tendo sido apontado que as populações do sul Europeu estariam por isso mais protegida de doenças cardiovasculares e de certos tipos de cancro (Minderico e Teixeira, 2008). Contudo, os portugueses estão a afastar-se cada vez mais da dieta mediterrânica (OMS, 2018). Tal deve-se ao aumento da produção de alimentos processados, a rápida urbanização e a mudança de estilos de vida, que levaram a uma mudança nos padrões alimentares. Cada vez mais, as pessoas consomem mais alimentos ricos em energia, gorduras, açúcares adicionados e sal, e muitas não comem quantidades mínimas necessárias de frutas e vegetais suficientes, assim como outras fibras alimentares, como cereais integrais (OMS, 2018).

Estes padrões alimentares desequilibrados conduzem a situações de inadequação nutricional, com bastante impacto na morbidade e mortalidade das populações. O relatório da OMS (2011) demonstrou mesmo que cerca de 16 milhões (1,0%) de mortes no mundo são atribuíveis ao baixo consumo de frutas e vegetais, sendo que um consumo adequado desses alimentos reduz o risco de cancro do estômago, do cólon, e

de doenças cardiovasculares. Uma alimentação saudável deve assim incluir frutas, legumes, leguminosas, frutos secos e cereais, devendo consumir-se pelo menos 400 gramas (i.e., cinco porções) de fruta e vegetais por dia, excluindo batatas e outras raízes amiláceas. Menos de 10% da energia total ingerida deve ser proveniente de açúcares livres ou adicionados, o que equivale a 50 gramas (i.e. 12 colheres de chá), mas idealmente, deve ser inferior a 5 % do consumo total de energia, maximizando assim os benefícios adicionais para a saúde. Os açúcares livres são todos os açúcares adicionados aos alimentos ou bebidas, bem como açúcares naturalmente presentes no mel, xaropes, sumos de frutas e concentrados de sumos de frutas (OMS, 2018).

Apesar destas recomendações, dados de várias regiões desenvolvidas do mundo, incluindo Austrália, Europa, e América do Norte, indicam que as ingestões dietéticas das crianças não cumprem as diretrizes recomendadas (Vaughn et al., 2016). Na maioria das vezes, a alimentação das crianças é pobre em frutas, vegetais e cereais integrais, e excessivamente rica em gorduras saturadas e açúcares adicionados, excedendo frequentemente as quantidades recomendadas destes nutrientes (Yee et al., 2017).

No caso específico de Portugal, de acordo com a Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil (APCOI, 2018), 74,9% das crianças entre os 2 e os 10 anos não cumprem as recomendações internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS), para uma ingestão mínima de cinco porções de frutas e vegetais diárias.

Riscos de uma alimentação desequilibrada e a Obesidade

Segundo a OMS (2018), uma alimentação pouco saudável e a falta de atividade física são riscos globais para a saúde, devendo as práticas alimentares e os estilos de vida saudáveis começar cedo na vida das crianças. A obesidade é uma das mais graves consequências de uma alimentação prejudicial para a saúde, e de acordo com dados da OMS (2018), a obesidade mundial quase triplicou desde 1975. Em 2017, mais de 38 milhões de crianças com menos de cinco anos tinham excesso de peso ou obesidade. Ademais, o excesso de peso e a obesidade estão ligados a mais mortes em todo o mundo do que a desnutrição (OMS, 2018).

Segundo a direção Geral de Saúde (DGS, 2018), em 2016, cerca de 30,7% das crianças portuguesas apresentavam excesso de peso e 11,7% tinham obesidade. Apesar,

de Portugal continuar a ser um dos países europeus que apresenta níveis de obesidade infantil mais elevados, verificou-se uma tendência decrescente na prevalência de excesso de peso e obesidade em crianças entre 2008 e 2016, de 37,9% para 30,7%, e a obesidade dos 15,3% para os 11,7%.

De acordo com a OMS (2018), a obesidade infantil está associada a uma maior probabilidade de obesidade no futuro, morte prematura e incapacidades na vida adulta. Além de aumentar os riscos futuros, as crianças obesas experimentam dificuldades respiratórias, um aumento do risco de fraturas, hipertensão, marcadores precoces de doença cardiovascular, resistência à insulina e efeitos psicológicos negativos, sendo que o risco destas condições e problemas aumenta com o Índice de Massa Corporal (IMC) da criança.

A obesidade infantil é considerada como uma séria e complexa epidemia dos tempos modernos, tornando-se assim numa preocupação de saúde pública, devido à associação desta condição com o desenvolvimento de problemas de saúde crónicos e prejudiciais tanto física, como psicologicamente (Pocock et al., 2010). Para além disso, as crianças obesas tendem a sofrer de um maior stress psicológico, associado a maior estigmatização social e depressão (Pulh e Heuer, 2010, citado por citado por Martin-Biggers et al, 2015).

Apesar da crescente conscientização de que a obesidade infantil é uma grande ameaça à saúde, e que atualmente a maioria dos ambientes são caracterizados por excesso de alimentos promotores desta condição, as práticas tradicionais de alimentação persistem, particularmente em grupos de baixo estatuto socioeconómico (Baughcum et al., 1998, citado por Anzman et al., 2010). Segundo Anzman et al. (2010), estas práticas tradicionais incluem alimentar frequentemente a criança em resposta a qualquer sinal de sofrimento ou mal-estar, oferecer os alimentos preferidos, e usar a coerção para promover a ingestão. Estas práticas podem exacerbar os efeitos dos ambientes obesogénicos, promovendo uma alimentação na ausência de fome, um consumo excessivo de calorias e um ganho de peso e a obesidade.

De acordo com Martin-Biggers et al. (2015), existem comportamentos chave para a obesidade infantil, tais como não tomar o pequeno-almoço, não consumir frutas e vegetais suficientes, consumir bebidas açucaradas, ter práticas de alimentação

desequilibradas, comer em porções desadequadas, não ter tempo de brincadeira ativa, passar demasiado tempo a ver televisão, e ter hábitos de sono insuficientes.

Apesar de tudo, este é um tema de difícil abordagem para os pais, tanto que segundo Pocock et al. (2010), em vários dos estudos que reviu, foi expresso por parte dos pais um certo receio de conversar sobre excesso de peso com os filhos, devido ao medo de que estes fiquem magoados, com menos autoestima, e com um maior risco de desenvolver distúrbios alimentares. Ademais, foi ainda declarado por várias mães que se sentiriam mais preocupadas se os seus filhos tivessem baixo peso.

Além disso, vários pais indicam que as opiniões culturais e transgeracionais são mais tidas em consideração do que as indicações de profissionais de saúde, colocando assim de parte as recomendações e alertas destes profissionais (Pocock et al., 2010).

Hábitos alimentares e a relação com o desenvolvimento da criança

Os padrões de consumo alimentar na infância predizem estes mesmos padrões na adolescência e na idade adulta, sendo por isso fundamental fomentar estilos de vida adequados, e diminuir o risco de obesidade e de doenças crónicas, através do estabelecimento de hábitos saudáveis desde a infância (Hingle et al., 2011).

Sendo as preferências alimentares moldadas no início da vida, com ênfase nos anos pré-escolares (Birch et al., 2001; Anzman et al., 2012; Baranowski et al., 2013), é fundamental promover o consumo de alimentos benéficos para a saúde logo desde a primeira infância, para que tais hábitos se fixem ao longo da adolescência e idade adulta. Os pais têm um importante papel, influenciando as preferências e o consumo destes alimentos nos seus filhos (Birch et al., 2001; Anzman et al., 2010; Baranowski et al., 2013; Yee et al., 2017).

A transição para a dieta sólida das crianças é um período caracterizado por mudanças dramáticas e rápidas nos alimentos ingeridos. É nesta fase que ocorre uma aprendizagem extensiva sobre a alimentação, e as preferências alimentares são formadas por familiarização, condicionamento e observação do comportamento alimentar de outros. Em geral, aprendemos a preferir o que se torna familiar, sendo que os pais têm a importante tarefa de facilitar experiências repetidas com alimentos novos e diversificados. Tais experiências influenciam as preferências das crianças, durante a

transição para a dieta sólida, i.e., quando muitos alimentos novos são introduzidos (Anzman et al., 2010).

Segundo Yee et al. (2017), os pais são importantes agentes de socialização, desempenhando o papel de promotores de saúde dos seus filhos, e funcionando como modelos para o comportamento, influenciando a aprendizagem precoce de preferências alimentares, e os comportamentos de alimentação. Esta influência parental persiste durante a infância e adolescência, mas como as crianças se desenvolvem, e os seus contextos sociais se ampliam, passando a incluir ambientes e influências extra familiares, verifica-se uma maior influência dos pais nos primeiros anos de vida das crianças (Anzman et al., 2010; O'Connor et al., 2013).

Os comportamentos alimentares que são aprendidos na infância, e se estendem pela idade adulta, são fortemente determinados pelas práticas parentais alimentares. Estas são determinantes para as preferências alimentares da criança, e para os seus hábitos de consumo de alimentos nutricionalmente ricos como frutas e vegetais (Baranowski et al., 2002; Chen et al., 2015).

Práticas parentais alimentares

Os hábitos alimentares infantis são parcialmente determinados pelas práticas parentais alimentares, i.e., as ações ou comportamentos que os pais usam para influenciar os comportamentos das crianças no que toca ao consumo de alimentos (Darling e Steinberg, 1993). Estas práticas influenciam as atitudes da criança em relação à comida, o seu consumo, e o seu peso corporal. Assim, é recomendado que as intervenções se deverão focar em otimizar as práticas parentais alimentares (O'Connor et al., 2010).

Segundo Diep et al. (2016), os pais conseguem mais eficazmente influenciar positivamente o consumo de alimentos saudáveis (e.g. frutas e vegetais), através de práticas parentais alimentares eficazes, as quais se caracterizam por três dimensões: responsividade eficaz, estrutura, e controlo não diretivo, conceitos anteriormente definidos por Hughes et al. (2008). A responsividade está relacionada com a capacidade dos pais para promoverem a individualidade e a autoafirmação dos filhos, apoiando os seus pedidos, e facilitando uma boa relação, a autonomia e a comunicação. A estrutura

está associada à criação de um ambiente adequado e que promove o comportamento desejado, sendo as associações entre as ações e as suas consequências estabelecidas através da disponibilidade, acessibilidade, expectativas e regras definidas pelos pais. O controlo não diretivo inclui as tentativas dos pais para direcionar o comportamento dos filhos, sem usar métodos punitivos, restritivos ou com ênfase no controlo psicológico, mas sim promovendo a autonomia. Exemplos de práticas parentais eficazes incluem dizer a uma criança que os vegetais são bons (responsividade), incluir algum tipo de vegetal na maioria das refeições (estrutura), e permitir que a criança escolha a quantidade de vegetais que come (controlo não diretivo) (O'Connor et al., 2010).

Cada uma das práticas pode ser considerada eficaz ou ineficaz. As práticas eficazes caracterizam-se por promover, a longo prazo, o gosto e o consumo de alimentos saudáveis em porções adequadas. As ineficazes podem até permitir aos pais que no momento consigam levar os filhos a comer alimentos saudáveis, mas a longo prazo esse hábito não se mantém (O'Connor et al., 2010).

Os estudos psicométricos de Baranowski et al. (2014), de uma escala de práticas parentais para o consumo de vegetais, demonstraram que as práticas eficazes e ineficazes influenciam de modo independente os hábitos alimentares da criança, e que os pais tendem a recorrer simultaneamente a práticas eficazes e ineficazes.

Principais Modelos de Práticas Parentais

As práticas parentais face à alimentação dos filhos constituem um determinante fundamental do comportamento alimentar das crianças e jovens, sendo que a disponibilização de modelos orientadores e de instrumentos de avaliação que têm como objetivo a investigação destas práticas é fundamental, permitindo o estudo das inter-relações das práticas parentais alimentares (Viana et al., 2012).

A teoria de Constanzo e Woody (1985, citado por Birch et al., 2001), que constitui o modelo conceptual de base do *Child Feeding Questionnaire* (CFQ) (Birch et al., 2001), estuda o papel das práticas parentais específicas na predisposição das crianças para desenvolverem obesidade infantil. Estes autores defenderam que elevados níveis de práticas alimentares de controlo parental (pressão para comer e restrição) podem impedir o desenvolvimento da autorregulação nas crianças, nomeadamente em

relação à capacidade de responder a sinais de fome e saciedade, o que consequentemente, poderá ter um impacto negativo nos seus hábitos alimentares e peso corporal.

O Questionário de Alimentação Infantil (CFQ, Birch et al., 2001) é uma das medidas de autorrelato mais usadas na avaliação das crenças, atitudes e práticas dos pais em relação à alimentação dos filhos. Este foi um dos primeiros questionários a ser desenvolvidos no âmbito da alimentação infantil, sendo apropriado para o uso com pais de crianças com idade entre os dois e os onze anos. Mais recentemente, Musher-Eizenman e Holub (2015), num esforço para captar a maior diversidade possível de práticas alimentares, desenvolveram e validaram o Questionário Compreensivo sobre Práticas Alimentares, que pretendeu ser o mais completo e abrangente possível ao incluir as várias práticas que anteriormente estudadas por outros autores. Contempla as dimensões de Controlo da Criança, Regulação Emocional, Encorajamento de Equilíbrio e Variedade, Ambiente, Comida como Recompensa, Envolvimento, Modelagem, Monitorização, Pressão, s Restrições para a Saúde, Restrições para o Controlo do Peso, e Educação para a Nutrição.

Por fim, em relação aos modelos conceptuais relevantes para esta temática, importa referir o Modelo das Práticas Parentais Vegetais Dirigidas por Objetivos (Model of Goal Directed Behavior - MGDBVPP), desenvolvido por Baranowski e sua equipa (2013). Este modelo foi desenvolvido para estudar as práticas parentais promotoras do consumo de vegetais pelas crianças em idade pré-escolar, e os seus determinantes. O modelo proposto baseia-se no Modelo de Comportamento Dirigido por Objetivos (MGDB) de Bagozzi, Baumgartner e Pieters (1998), o qual deriva da Teoria do Comportamento Planeado de Ajzen (1991) (Baranowski et al., 2013). As escalas deste modelo que visam estudar os determinantes das práticas parentais incluem onze dimensões: Atitudes, Normas, Controlo Comportamental Percebido, Emoções Antecipadas, Hábitos, Competência\Autoeficácia, Relação, Autonomia, Barreiras Percebidas, Desejos, e Intenções (Baranowski et al., 2013).

Barreiras percebidas pelos pais em relação ao comportamento alimentar dos filhos

Quanto mais novas as crianças, mais estas dependem dos seus pais e cuidadores para se alimentarem, o que faz das escolhas dos pais sobre a alimentação um determinante fundamental das experiências alimentares das crianças. Estas escolhas incluem quando ocorrem as refeições, até que ponto a alimentação ocorre em resposta à indicação de fome ou mal-estar das crianças, os contextos em que a alimentação ocorrerá, as porções que serão disponibilizadas, e quais práticas de alimentação usadas para promover ou desencorajar a ingestão de alimentos. (Ventura e Birch, 2008). Embora a maioria dos pais de crianças pré-escolares reconheçam a importância de uma alimentação saudável, estes identificam várias barreiras e obstáculos que os impedem os pais de atingir estes objetivos.

O conceito de barreiras percebidas é definido pelo Modelo das Crenças da Saúde como a percepção das dificuldades existentes para realizar comportamentos específicos, e/ou dos resultados negativos que poderiam decorrer da execução desses comportamentos (Baranowski et al., 2003).

Segundo Elder et al. (1999), existem vários tipos de barreiras que podem afetar a implementação de comportamentos e práticas de saúde, tais como económicas, administrativas, pressão de tempo, educacionais, contextuais, entre outras. Segundo este autor, as barreiras percebidas são potencialmente negativas para uma ação de saúde, pois podem desencorajar as pessoas a realizar esse comportamento, ou impedi-las de o concretizar. Os pais podem não conseguir implementar as práticas parentais saudáveis porque antecipam ou percebem várias barreiras. Elder e seus colaboradores (1999), referem que a identificação destas barreiras, e a incorporação de estratégias para as ultrapassar, é um passo essencial para facilitar as mudanças em saúde, e uma parte crítica das intervenções parentais para promover uma alimentação saudável.

As barreiras percebidas podem dificultar o envolvimento em práticas parentais promotoras de escolhas e hábitos alimentares saudáveis. A criação de planos de intervenção com estratégias otimizadas para a promoção de hábitos benéficos para a saúde passa, por isso, pela identificação e remoção dessas barreiras. Para tal, é fundamental determinar que barreiras são essas, como determinam os hábitos alimentares infantis a curto e longo prazo, e como podem ser ultrapassadas (Piana et al., 2013).

Vários estudos identificaram as barreiras percebidas pelos pais para o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis nos filhos, com recurso a metodologias predominantemente qualitativas (Williden et al., 2006; Pocock et al., 2009; Norman et al., 2015; Martin-Biggers et al., 2016), conforme sintetizado na tabela 1.

Tabela 1
Estudos sobre barreiras percebidas pelos pais na implementação de hábitos saudáveis nos filhos

Autores, Ano	Título	Método	Principais barreiras identificadas
Pocock e seus colaboradores, (2010)	Parental Perceptions regarding Healthy Behaviours for Preventing Overweight and Obesity in Young Children: A systematic review of qualitative studies	Revisão Sistemática	A resistência da criança a comer; as preferências por certos alimentos; a disponibilidade de alimentos saudáveis; a falta de recursos; a publicidade e os media; o estilo de vida agitado; a falta de tempo e motivação para planear e cozinhar; as incertezas sobre que alimentos dar aos filhos; a dinâmica familiar.
Hingle e colaboradores (2011)	A model of goal directed vegetable parenting practices	Entrevistas baseadas no Modelo das Práticas Parentais Vegetais Dirigidas por Objetivos	As preferências alimentares dos filhos; os gostos alimentares dos pais; a disponibilidade dos vegetais em casa; a presença de outro tipo de alimentos não saudáveis; a falta de recursos e capacidades para preparar os vegetais; os custos elevados dos mesmos; a falta de tempo para os preparar; a pouca facilidade de consumo destes alimentos (i.e. não são grab and go); o desconhecimento de receitas.
Carroll e colaboradores (2011)	Overcoming Barriers to Vegetable Consumption by Preschool Children: A Child Care Center Buying Club	Entrevistas aos pais (integradas no Programa de intervenção FreshStart)	Os custos; a pouca disponibilidade de alimentos saudáveis; a falta de tempo; a falta de motivação; a capacidade de cozinhar dos pais.
Baranowski e colaboradores (2013)	Psychometric assessment of scales for a Model of Goal Directed Vegetable Parenting Practices	Questionário online baseado no Modelo de Práticas Parentais Vegetais Dirigidas por Metas	As preferências vegetais das crianças; as preferências dos pais; a disponibilidade de vegetais em casa; a disponibilidade de outros alimentos em casa; os recursos (e.g. tempo e dinheiro); as capacidades de preparação de alimentos.

Martin-Biggers e colaboradores (2015)	Translating it into real life: a qualitative study of the cognitions, barriers and supports for key obesogenic behaviors of parents of preschoolers	Focus Group	O sabor e aparência dos vegetais; os gostos diferentes dos membros da família; os custos dos alimentos saudáveis; a falta de planeamento sobre o que cozinhar e o conseqüente desperdício de comida; o desconhecimento de receitas fáceis e práticas; a publicidade a alimentos pouco saudáveis nos programas favoritos dos filhos; falta de conhecimento as porções adequadas.
Ling e colaboradores (2015)	Perceived Parental Barriers to and Strategies for Supporting Physical Activity and Healthy Eating among Head Start Children	Entrevistas semi-estruturadas em quarto <i>focus group</i>	Os custos dos alimentos; a falta de tempo; a capacidade de cozinhar dos pais; os pedidos frequentes de alimentos não saudáveis por parte das crianças; o facto de os filhos serem “esquesitos” a comer; a exposição constante a influências alimentares não saudáveis que determinam as escolhas das crianças.
Nepper & Chai (2016)	Parents' barriers and strategies to promote healthy eating among school-age children	Entrevistas individuais semi-estruturadas	Os custos; a falta de tempo; os pedidos frequentes de alimentos não saudáveis por parte das crianças; o facto de os filhos serem “esquesitos” a comer; a exposição constante a influências alimentares não saudáveis que determinam as escolhas das crianças; a falta de apoio inter-parental para o estabelecimento de uma alimentação saudável em casa.
Norman e colaboradores (2015)	Stuck in a vicious circle of stress. Parental concerns and barriers to changing children's dietary and physical activity habits	Estudo qualitativo baseado na análise documental de dados arquivados da intervenção do programa <i>Healthy School Start</i>	A falta de motivação; os horários tardios das refeições; os pedidos frequentes de alimentos não saudáveis por parte das crianças; o facto de os filhos serem “esquesitos” a comer; a falta de apoio inter-parental para o estabelecimento de uma alimentação saudável em casa.
Smit e colaboradores (2017)	The barriers that women face when choosing food for their primary school children: A case study in the Western Cape Province, South Africa	Questionário para adultos, indicador de fatores que influenciam as escolhas alimentares e <i>focus group</i>	As mensagens dos <i>media</i> e o marketing das empresas de alimentos não saudáveis; a oferta de alimentos não saudáveis nas escolas; o modo como os produtos estão organizados nos supermercados (e.g. os alimentos não saudáveis são mais visíveis e apelativos para as crianças); a falta de conhecimento adequado sobre alimentação e manutenção do peso corporal saudável.

Os resultados destes estudos são no geral bastante concordantes entre si. As principais barreiras identificadas pelos pais são os custos (Williden et al., 2006; Pocock et al., 2009; Carroll et al., 2011; Ling et al., 2015; Nepper e Chai, 2016; Martin-Biggers et al., 2016), a pouca disponibilidade de alimentos saudáveis (Williden et al., 2006; Pocock et al., 2009; Carroll et al., 2011), a falta de tempo e os estilos de vida ocupados (Williden et al., 2006; Pocock et al., 2009; Carroll et al., 2011; Ling et al., 2015; Nepper e Chai, 2016; Martin-Biggers et al., 2016), e os horários tardios das refeições (Norman et al., 2015). Outras barreiras mais relacionadas com os pais são a falta de motivação para planejar e cozinhar (Pocock et al., 2009; Carroll et al., 2011; Norman et al., 2015), a capacidade de cozinhar dos pais (Pocock et al., 2009; Carroll et al., 2011; Ling et al., 2015; Martin-Biggers et al., 2016), e a falta de apoio inter-parental para o estabelecimento de uma alimentação saudável em casa (Norman et al., 2015; Nepper e Chai, 2016). A dinâmica familiar, i.e., a existência de outros familiares adultos que não promovem hábitos saudáveis, ou a existência de conflitos familiares, podem também constituir barreiras (Pocock et al., 2009). A falta de conhecimento adequado por parte dos pais sobre alimentação e manutenção do peso corporal saudável, é também uma importante barreira ao desenvolvimento de hábitos saudáveis nas crianças (Pocock et al., 2009). Segundo Martin-Biggers et al. (2016), Smith et al. (2017), e Vittrup e McClure (2018), muitos dos pais de crianças com excesso de peso ou com obesidade pensam que os seus filhos têm um peso saudável, não se preocupando com este tema.

Por outro lado, as barreiras mais relacionadas com *a criança* são os seus pedidos frequentes de alimentos não saudáveis (Williden et al., 2006; Pocock et al., 2009; Norman et al., 2015; Ling et al., 2015; Nepper e Chai, 2016; Martin-Biggers et al., 2016), a falta de regras e limites no consumo desses alimentos (Williden et al., 2006), e o facto de serem “esquisitas” a comer (Pocock et al., 2009; Norman et al., 2015; Ling et al., 2015; Nepper e Chai, 2016).

As barreiras mais associadas às influências externas e ambientais são a exposição constante a influências alimentares não saudáveis que determinam as escolhas das crianças (Williden et al., 2006; Ling et al., 2015; Nepper e Chai, 2016), as mensagens dos *media* e o *marketing* das empresas de alimentos não saudáveis, a oferta de alimentos não saudáveis nas escolas, e o modo como os produtos estão organizados

nos supermercados (e.g. os alimentos não saudáveis são mais visíveis e apelativos para as crianças) (Williden et al., 2006; Pocock et al., 2009; Smit et al., 2017).

No caso específico do consumo de frutas e vegetais, os pais participantes do estudo de Martin-Biggers et al. (2016) enunciaram que o sabor e aparência destes alimentos não facilitam o consumo dos mesmos por parte dos seus filhos. O facto de existirem irmãos com gostos diferentes é também percebido como uma barreira, assim como os custos destes alimentos, a falta de planeamento sobre o que cozinhar com eles e o conseqüente desperdício de comida, o desconhecimento de receitas fáceis e práticas para os preparar, a publicidade a alimentos pouco saudáveis nos programas favoritos dos seus filhos, e a falta de conhecimento sobre que porções são adequadas para as crianças.

Segundo Smith et al. (2017), estas barreiras tendem a verificar-se principalmente em famílias com níveis socioeconómicos e de escolaridade mais baixos, onde as opções menos saudáveis e caloricamente mais densas, são as mais acessíveis, tornando-se numa opção de compra mais desejável.

A maior parte dos estudos referidos identifica as barreiras percebidas pelos pais, através de metodologias qualitativas, e não estudou a relação entre a perceção destas barreiras e as práticas parentais utilizadas ou os hábitos alimentares da criança.

Os trabalhos mais relevantes sobre os possíveis efeitos da perceção destas barreiras devem-se à equipa de Baranowski e colaboradores no âmbito do modelo de parentalidade vegetal (Vegetable Parenting). Este grupo foi pioneiro na criação de um instrumento quantitativo e de autorrelato para avaliar as barreiras percebidas pelos pais, em relação à implementação de hábitos mais saudáveis nos seus filhos. Em 2013, Baranowski e a sua equipa investigaram os principais preditores das práticas parentais vegetais, com base no Modelo de Práticas Parentais Vegetais Dirigidas por Objetivos, nos quais incluíram itens relacionados com as barreiras percebidas. Estas barreiras percebidas pelos pais foram avaliadas através de três subescalas (a Criança não gosta de vegetais, o Respondente não gosta de vegetais, e o Custo dos vegetais, que inclui também as dificuldades na sua preparação). Neste estudo, as preferências vegetais das crianças, as preferências dos pais, a pouca disponibilidade de vegetais em casa, a grande disponibilidade de outros alimentos pouco saudáveis em casa, os escassos recursos (e.g.

tempo e dinheiro), e as dificuldades de preparação de alimentos, foram as barreiras mais destacadas ao consumo de vegetais pelas crianças.

Curiosamente, e ao contrário do que poderia ser antecipado, esta equipa verificou que a barreira de o respondente não gostar de vegetais estava significativamente relacionada com práticas alimentares eficazes, sugerindo que os pais compensam o seu próprio desagrado com os vegetais, empregando práticas parentais vegetais mais eficazes para promover o consumo de vegetais pelos filhos (Baranowski et al, 2014). Diep e a sua equipa (2014), utilizaram também as escalas do modelo anterior para investigar quais os preditores das práticas parentais vegetais eficazes, tendo confirmado estes resultados. Segundo o autor, tal pode ser explicado pelo facto de os pais reconhecerem os benefícios dos vegetais, apesar de não gostarem destes alimentos. Assim, estão motivados para fazer com que os seus filhos obtenham esses benefícios, e tendem a usar práticas vegetais mais eficazes.

Posteriormente, Baranowski e a sua equipa (2015), verificaram que a barreira a criança não gosta de vegetais, estava positivamente relacionada com a autoeficácia dos pais, e que a barreira o respondente não gosta de vegetais, estava negativamente relacionada com esta variável. Ademais, verificou-se que o hábito de envolver ativamente a criança na seleção de vegetais era fortemente predito pelas duas barreiras anteriores, *i.e.*, este hábito positivo era maior quando a criança não gostava de vegetais, e menor quando os próprios pais não gostavam de vegetais. Verificaram também que o hábito de manter um ambiente vegetal positivo (ter vegetais disponíveis e preparados de forma acessível, incluir vegetais nas refeições e snacks), em casa estava positivamente correlacionado com a barreira de “*o respondente não gostar de vegetais*”. Segundo Baranowski et al. (2015), uma explicação para tal é que como os pais não gostavam de vegetais, tentavam ter os vegetais preferidos dos filhos em casa, de modo a melhor promover o seu consumo, o que reflete uma boa capacidade de autocontrolo dos pais.

No estudo de Hingle et al. (2011), também baseado no Modelo das Práticas Parentais Vegetais Dirigidas por Objetivos (MGDBVPP), destacaram-se as preferências alimentares dos filhos, os próprios gostos alimentares dos pais, a disponibilidade dos vegetais em casa, a presença de outro tipo de alimentos não saudáveis, e a falta de recursos e capacidades para preparar os vegetais como dificultadores da implementação e práticas parentais promotoras de uma alimentação saudável. Por sua vez, a reduzida

presença de vegetais em casa é justificada com os custos elevados dos mesmos, a falta de tempo para os preparar, a pouca facilidade de consumo destes alimentos (i.e. não são *grab and go*), e o desconhecimento de receitas.

É importante realçar que estes estudos são transversais, tornando difícil identificar direções de efeitos ou quais as barreiras que são apresentadas pelos pais como justificação *a posteriori* para não cumprir objetivos socialmente desejáveis. Neste sentido, Martin-Biggers e colaboradores (2016), defendem que o conhecimento sobre a modelagem parental dos comportamentos relacionados com a alimentação e peso saudável dos seus filhos, sobre as barreiras à realização destes comportamentos, e sobre as estratégias para as superar, é ainda muito reduzido. Segundo estes autores, é fundamental compreender melhor este domínio, de modo a ser possível desenvolver planos de intervenção mais adaptados, e que consigam promover junto dos pais e familiares, a utilização de práticas parentais alimentares otimizadas, e capazes de ultrapassar estas barreiras e obstáculos.

Relevância do tema

As crianças em idade pré-escolar dependem dos pais e de outros cuidadores para lhes fornecerem dietas saudáveis. Os pais devem, portanto, filtrar, limitar, e interpretar as influências macro ambientais prejudiciais para os seus filhos, desempenhando um papel crítico na estruturação dos ambientes alimentares (Birch, 2006).

Pocock e seus colaboradores (2009), referem que a maior aumento de peso nos anos prévios à puberdade ocorre antes dos cinco anos de idade, sendo este preditivo do peso aos nove anos. Tal permite compreender o quão importante é que nesta fase da infância o ganho de peso ocorra de forma equilibrada e saudável. A vasta literatura neste domínio reforça a necessidade de melhor compreender as práticas parentais alimentares, e a sua influência nos hábitos de alimentação das crianças, para o desenvolvimento de intervenções promotoras de estratégias eficientes de promoção da alimentação saudável logo a partir de uma fase inicial de vida. Esta intervenção precoce é de extrema importância pois as crianças que participaram em intervenções de mudança no estilo de vida entre os quatro e os sete anos tiveram uma maior perda de

peso do que as crianças que participaram na intervenção numa idade mais avançada (i.e., 11 anos) (Ling et al., 2015).

Segundo O'Connor et al. (2013), as práticas parentais alimentares são um alvo fundamental para promover hábitos de vida saudáveis nas crianças. Especificamente, limitar o consumo de bebidas açucaradas e aumentar o consumo de alimentos saudáveis, como frutas e vegetais, pode constituir um fator de proteção, e resultar em efeitos benéficos para a saúde das crianças.

Apesar do papel fundamental na estruturação do ambiente alimentar doméstico, os pais enfrentam muitas barreiras relacionadas com os comportamentos alimentares dos seus filhos, barreiras essas que influenciam as suas práticas e os hábitos alimentares das crianças. Identificar as principais barreiras percebidas pelos pais na promoção de uma alimentação mais saudável em casa é fulcral para o desenvolvimento de estratégias de intervenção focadas na melhoria dos hábitos alimentares crianças (Nepper e Chai, 2016).

Objetivos

Objetivo geral

O presente estudo integra-se no projeto *Food Parenting: Study of a New Web-Based Parent Intervention*, o qual visa desenvolver e testar uma plataforma online para ajudar os pais de crianças pré-escolares a implementar hábitos alimentares mais saudáveis. Assim, este trabalho pretende contribuir para o desenvolvimento dos questionários que serão utilizados na avaliação do programa, e tem como objetivo a realização do estudo e validação preliminar de um questionário sobre barreiras percebidas pelos pais em relação à implementação de hábitos alimentares saudáveis - Questionário de Perceção Parental de Barreiras relacionadas com a Alimentação da Criança (QPPBRAC). Trata-se de um estudo de natureza quantitativa e transversal, com observação naturalista, ou seja, sem manipulação, visto que se evocam os factos que se analisam.

Objetivos específicos

1. Estudo preliminar e construção do questionário:
 - a) Seleção preliminar do *pool* de itens a incluir a partir da análise de outros instrumentos e da literatura sobre barreiras;
 - b) Estudo piloto de validação semântica das questões através de entrevistas com pais de crianças em idade pré-escolar;
 - c) Estudo psicométrico do Questionário de Percepção Parental de Barreiras relacionadas com a Alimentação da Criança (QPPBRAC).

2. Estudo das barreiras percebidas pelos pais :
 - a) Identificação e caracterização das barreiras percebidas por pais de crianças pré-escolares;
 - b) Explorar as associações entre características sociodemográficas e estatuto ponderal dos pais, das crianças, e as barreiras percebidas;
 - c) Explorar as associações entre as barreiras percebidas pelos pais, e a preocupação com o peso da criança, e com o seu temperamento.

Metodologia

Construção de um Questionário de Barreiras Parentais à Promoção da Alimentação Saudável da Criança (QPPBRAC)

Partindo do estudo de Baranowski e seus colaboradores (2013), bem como de outros estudos qualitativos relacionados com o tema deste estudo (e.g. O'Connor et al., 2013; Martin-Biggers et al., 2016; Vittrup e McClure, 2018), foi constituída uma primeira *pool* de itens relacionados com a identificação de barreiras à promoção da alimentação saudável por parte dos pais de crianças pequenas. Uma vez que o estudo de Baranowski et al. (2013) se limitava ao estudo das práticas parentais vegetais, foram também construídos novos itens relacionados com a promoção do consumo das frutas e redução do consumo dos alimentos com açúcares adicionados.

Esta *pool* de itens foi enviada para duas especialistas da área (Nutricionista e Psicóloga com experiência de investigação e intervenção no domínio), de modo a que estas avaliassem a relevância e adequação dos itens, e para permitir posteriormente seleccionar os mais adequados para o questionário final. Esta informação permitiu decidir quais os itens a reter e quais os que precisavam de pequenas alterações na sua formulação. Estes itens foram sujeitos a três traduções independentes para língua portuguesa. Uma versão conciliada retrovertida foi comparada com a versão original para verificar a equivalência de significado.

Em seguida realizou-se um estudo piloto de validação semântica dos mesmos, através de entrevista a seis pais, com a duração de cerca de 20 minutos cada. Para tal, foi utilizado o Questionário de Impressão Geral, com o objetivo de avaliar genericamente a qualidade e relevância do questionário, da perspectiva dos pais. Ademais, aplicou-se a Ficha de Registo da Entrevista Cognitiva/ Validação Semântica, que tem como objetivo permitir que os pais se manifestem quanto à relevância, dificuldade de compreensão e adequação de cada um dos itens. Inclui também uma secção onde é pedido que repitam o item por palavras suas, bem como que explicitem o seu significado.

Após o estudo piloto, e a conseqüente correção da redação de alguns itens apontados como menos claros pelos pais, organizaram-se todos os itens de acordo com as escalas temáticas, em três escalas teóricas, de acordo com Baranowski et al. (2013): Barreiras relacionadas com a Criança, com os Pais e com o Contexto.

Participantes

A amostra final para a validação psicométrica do questionário ficou constituída por 278 pais, dos quais 241 eram mães (87,1%), com idades compreendidas entre os 20 e os 50 anos de idade ($M=36,89$; $DP=5,42$) e a maioria dos participantes (80,6%) tinham o Escolaridade de Nível Superior. Estes participantes eram pais de crianças entre os 2 e os 6 anos ($M= 3,8$; $DP=1,3$).

Procedimento de recolha de dados

O questionário do presente estudo foi disponibilizado na plataforma *online Qualtrics*, através da qual os dados foram recolhidos entre janeiro e março de 2019. A divulgação do estudo foi feita através das redes sociais, ou por mensagem enviada diretamente para pais conhecidos das investigadoras, sendo ainda pedido aos pais para que divulgassem o questionário junto de outros pais. A divulgação ou mensagem incluía um pequeno texto explicativo sobre o estudo, e um link para acesso à plataforma *Qualtrics*. Tratou-se assim de uma amostragem por conveniência, designado também por amostra não-probabilística, através das redes sociais. Os participantes no estudo foram selecionados cumprindo os critérios pretendidos: pais de crianças pré-escolares entre os 2 e os 6 anos de idade.

Antes de responderem ao questionário, os pais participantes foram informados sobre o estudo que as suas respostas seriam anónimas, não sendo recolhidos dados identificativos. Foi ainda referido que a participação no estudo era voluntária, e que podiam terminar a sua participação a qualquer momento, sem que isso os prejudicasse. Antes de passarem aos itens relativos à alimentação, os pais eram solicitados para fornecer alguns dados sociodemográficos (idade, sexo, nível de escolaridade, peso e altura do participante, e idade filhos). Os pais foram ainda informados que após a conclusão do estudo seria disponibilizada informação relativa aos resultados grupais do estudo. Os participantes poderiam então solicitar esta informação através do *email* fornecido, sendo informados de que os *emails* recebidos não seriam associados a nenhum conjunto específico de respostas.

Instrumentos de recolha de dados

Questionário sobre Dados Sociodemográficos

O questionário sobre os dados sociodemográficos foi construído para obter informações sobre os pais e sobre as crianças da amostra. Foi solicitada informação sobre o respondente (i.e. idade, grau de parentesco com a criança, peso corporal, altura, nível de escolaridade e número de filhos), e sobre a criança (i.e. idade).

Questionário de Percepção Parental de Barreiras Relacionadas com a Alimentação da Criança (QPPBRAC)

Este questionário foi desenvolvido com o objetivo de avaliar as barreiras percebidas pelos pais em relação à implementação de hábitos de alimentação saudável nos seus filhos em idade pré-escolar. O protocolo inicial era composto por 37 itens, divididos em três escalas teóricas, nomeadamente a das Barreiras Relacionadas com a Criança (i.e. características pessoais ou padrões de comportamento que dificultam ou impedem hábitos alimentares saudáveis), com 13 itens, a escala das Barreiras Relacionadas com o Pai/Mãe (i.e. características pessoais ou padrões de comportamento do respondente que dificultam ou impedem hábitos alimentares saudáveis), com 12 itens, e a escala das Barreiras Relacionadas com o Contexto (i.e. características da oferta e dos estímulos externos/difíceis de controlar pelos pais), com 12 itens. Todos os itens são respondidos numa escala de *Likert* com cinco pontos (Totalmente Verdadeiro, Verdadeiro, Nem Verdadeiro Nem Falso, Falso, Totalmente Falso) e o seu preenchimento tem uma duração máxima estimada de 10 minutos. Esta versão preliminar foi sujeita a uma análise fatorial exploratória, descrita na secção Resultados.

Escala de Preocupação

Relativamente ao item dirigido à preocupação dos pais (“*Está preocupado com o peso da sua criança?*”) no que toca ao peso corporal dos seus filhos, a resposta era dada numa escala de *Likert* com quatro pontos (Quase Sempre, Bastantes Vezes, Às Vezes, Poucas Vezes, Nunca). Esta estrutura de resposta foi semelhante à usada em estudos anteriores (Adamo et al., 2010; Lampard et al., 2008).

Escala de Temperamento

No que concerne ao item sobre a percepção parental do temperamento do filho, eram apresentadas três descrições breves sobre a criança, e os pais eram solicitados a escolher aquela que consideravam mais adequada para descrever o seu filho. Estas descrições referiam-se a uma criança ativa/ impulsiva, uma criança tranquila/inibida e uma criança

fácil/autorregulada. Finalmente era oferecida uma quarta alternativa “*A minha criança não é parecida com nenhuma destas descrições*”. Neste caso os pais eram solicitados a descrever as principais características do filho. (“*As suas principais características são:*”).

Fórmula para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC)

Para o cálculo do IMC dos pais foi utilizada a fórmula “peso corporal/altura²”, indicada pela Organização Mundial de Saúde (2019).

Procedimentos de Análise de Dados

Todas as análises foram realizadas com recurso ao software estatístico de tratamento de dados *IBM SPSS Statistics 25*.

Para a análise preliminar dos itens do Questionário de Perceção Parental de Barreiras relacionadas com a Alimentação da Criança (QPPBRAC), começou-se por eliminar as respostas dos participantes que tinham o protocolo incompleto. Foi depois feita a categorização das medidas das variáveis em nominal, intervalar ou ordinal. Criaram-se também as escalas relativas ao grupo etário de cada participante, e ao Índice de Massa Corporal (IMC) dos pais participantes.

Em seguida, os itens foram invertidos para que resultados mais elevados sejam indicativos de mais concordância com a existência das barreiras em cada escala. Foi realizado um exame individual da distribuição de cada item, tendo resultado aqui a eliminação do item “*A criança não gosta do sabor das frutas*”, visto que a distribuição das respostas era excessivamente enviesada. Calcularam-se depois as estatísticas descritivas e frequências para cada item de cada escala.

Foram realizadas análises de normalidade para verificar os pressupostos de aplicação de metodologias paramétricas ou não paramétricas (Teste de *Kolmogorov-Smirnov*, análise do histograma, assimetria e curtose).

Uma vez que os pressupostos de normalidade se verificaram em apenas algumas das subescalas das dimensões estudadas, prosseguiu-se com a realização de análises paramétricas e não paramétricas para as respetivas subescalas. Assim, para a análise das

comparações entre as dimensões avaliadas pelos questionários e os dados sociodemográficos, recorreu-se ao Teste T e ANOVA (i.e. testes paramétricos), Teste de *Kruskal-Wallis*, e Teste *U de Mann-Whitney* ambos para amostras independentes (i.e. testes não paramétricos).

Para o estudo das associações entre as barreiras percebidas pelos pais e as variáveis independentes, foi realizado o Coeficiente de Correlação de *Pearson* para os dados paramétricos e o Coeficiente de Correlação de *Spearman* para os dados não paramétricos.

Resultados

Apresenta-se de seguida os resultados obtidos, tendo em conta os objetivos definidos.

Caracterização da Amostra

Na Tabela 2 apresenta-se a caracterização da dos pais e dos respetivos filhos:

Tabela 2

Caracterização dos pais participantes (n=278)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	36,89	5,42	20	50
Número de filhos	1,67	0,74	1	6
	Frequência	Percentagem(%)		
Grau de parentesco				
Mãe	242	87,1		
Pai	36	12,9		
Nível de Escolaridade				
9º ano	20	7,2		
Ensino Secundário	34	12,2		
Ensino Superior	224	80,6		
IMC dos pais				
Abaixo do Peso	8	2,9		
Peso Normal	186	66,9		
Excesso de peso	84	30,2		
Idade da Criança				
2 anos	54	19,4		
3 anos	70	25,2		
4 anos	64	23		
5 anos	57	20,5		
6 anos	33	11,9		

Nesta amostra, é possível compreender que a maioria dos pais são participantes do sexo feminino e que completaram o ensino superior. Quanto às crianças, as suas

idades distribuíram-se de forma homogénea, sendo que apenas nos 6 anos se verifica um menor número de crianças.

Análise

Análise Fatorial Exploratória

Para identificar a estrutura fatorial da escala, foi realizada a uma análise fatorial exploratória através do método de extração de Componentes Principais, com rotação Varimax, tendo-se encontrado 9 fatores. A partir da inspeção visual do gráfico de escarpas, foi decidido proceder a uma segunda análise fatorial forçando a cinco fatores. Seguidamente, os itens foram analisados individualmente, para eliminação dos itens que ponderaram em mais de um fator, com diferenças entre os valores de ponderação inferiores a 0,10, e dos itens com pesos fatoriais absolutos inferiores a 0,30. Foram eliminados 6 itens (i.e. *“Custa-me oferecer uma refeição à criança com alimentos que sei que ela não vai apreciar”*, *“A criança tem sempre muito apetite”*, *“Os vegetais frescos estragam-se mais rapidamente”*, *“É difícil preparar vegetais que todos gostem lá em casa”* e *“Quando a criança me pede um bolo, doce ou guloseima, custa-me muito recusar”* e *“É difícil cozinhar os vegetais de forma que todos lá em casa gostem”*).

Obteve-se uma estrutura final com 30 itens, organizados em cinco subescalas: *“Barreiras Relacionadas com a Criança”* (9 itens), *“Barreiras Relacionadas com os Pais - Vegetais e Fruta”* (6 itens), *“Barreiras Relacionadas com os Pais – Açúcares Adicionados”* (7 itens), *“Barreiras Relacionadas com o Contexto Social”* (6 itens), e *“Barreiras Relacionadas com os Custos”* (2 itens). A adequação desta estrutura fatorial foi confirmada através dos valores de Kaiser-Meyer-Olkin de $KMO=0,77$, e do Teste de Esfericidade de Barlett de $\chi^2=3513,97$; $p<0,05$. A escala completa explica 51,01% da variância total das respostas. Os itens que compõem cada uma das subescalas, os seus pesos fatoriais e as percentagens de variância explicada, estão descritos na tabela 3.

Tabela 3

Matriz de componente rotativa

		Subescalas				
		1	2	3	4	5
Barreiras Relacionadas com a Criança	A criança não gosta de experimentar vegetais novos.	,83				
	Conseguir que a criança coma vegetais às refeições é difícil.	,82				
	A criança não gosta do sabor dos vegetais.	,81				
	A criança não gosta da textura/consistência dos vegetais.	,80				
	A criança é “esquisita” para comer.	,74				
	A criança não gosta de experimentar frutas novas.	,69				
	A criança não gosta da textura/consistência das frutas.	,48				
	Conseguir que a criança coma frutas às refeições é difícil.	,48				
	A criança não gosta de leite simples ou iogurte natural.	,39				
Barreiras relacionadas com os pais- Vegetais e Frutas	Não gosto de frutas.		,77			
	Não sei como cozinhar vegetais.		,73			
	Não gosto de vegetais.		,68			

	É difícil encontrar receitas boas que usem vegetais.	,63
	Preparar a fruta para comer (descascar, cortar) dá muito trabalho.	,59
	Preparar vegetais de que ele gosta demora muito tempo.	,57
<hr/>		
Barreiras Relacionadas com os Pais- Açúcares Adicionados	Gosto de ter bolos, doces ou guloseimas em casa.	,75
	Sou muito gulosa/o.	,71
	Gosto muito de ir ao café comer doce ou guloseima.	,63
	É muito difícil resistir a comprar bolos, doces ou guloseimas, porque estão sempre à vista nas lojas, centros comerciais	,59
	A criança gosta muito de doces e guloseimas.	,54
	Gosto de dar uma alegria à criança, comprando-lhe um bolo, doce ou guloseima quando saímos.	,49
	Se não lhe dou uma guloseima ou doce quando pede, faz uma birra horrível.	,47
<hr/>		
	Os amigos da criança comem alimentos pouco saudáveis ao pé dela.	,71
	Na escola oferecem bolos, doces ou guloseimas às crianças.	,70

Barreiras Relacionadas com o Contexto Social	A alimentação oferecida na escola não proporciona escolhas alimentares saudáveis.					,65
	Quando vai às festas de anos, traz sempre muitas guloseimas para casa.					,59
	A criança vê outros familiares comerem alimentos pouco saudáveis.					,50
	Os avós, outros familiares ou amigos oferecem-lhe frequentemente bolos, doces ou guloseimas					,43
Barreiras relacionadas com os Custos	Os vegetais são caros.					,99
	A fruta é cara.					,91
	Valor próprio	4,65	3,34	2,89	2,33	2,01
	% de variância explicada	15,5	11,15	9,64	7,77	6,96

Método de Extração: análise de Componentes Principais.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

Análise da consistência interna

Em seguida apresentam-se os valores da Correlação média inter-item e do alfa de *Cronbach* para cada subescala, na tabela 4.

Tabela 4

Média das Correlações Inter-Item e Consistência Interna para escala total e subescalas

	Correlação média inter-item	Alfa de Cronbach
Subescala Barreiras Relacionadas com a Criança	0,42	0,87
Subescala Barreiras Relacionadas com os Pais - Vegetais e Fruta	0,40	0,79
Subescala Barreiras Relacionadas com os Pais- Açúcares Adicionados	0,29	0,74
Subescala Barreiras Relacionadas com o Contexto Social	0,25	0,66
Subescala Barreiras Relacionadas com os Custos	0,90	0,95
Escala total	0,15	0,84

Os valores de alfa obtidos para o total da escala e para cada subescala foram aceitáveis a muito bons, com exceção da subescala “*Barreiras Relacionadas com o Contexto Social*”, em que o alfa é ligeiramente inferior ao valor aceitável; foi decidido manter esta subescala considerando a correlação média inter-item, o facto de que a eliminação de nenhum item melhorava o valor de alfa, e o próprio conteúdo que engloba barreiras relacionada com contextos diferentes, o que torna expectável alguma dispersão nas respostas.

Correlações entre subescalas

No que concerne às correlações entre as diferentes subescalas, estas foram calculadas através do Coeficiente de Pearson para dados paramétricos, e através do Coeficiente de Spearman para dados não paramétricos. Os valores das correlações podem ser consultados na tabela 5.

Tabela 5

Correlações dos Dados segundo o Coeficiente de Spearman e de Pearson

		Subescala Barreiras Relacionadas com a Criança	Subescala Barreiras Relacionadas com os Pais - Vegetais e Fruta	Subescala Barreiras Relacionadas com os Pais- Açúcares Adicionados	Subescala Barreiras Relacionadas com o Contexto Social	Subescala Barreiras Relacionadas com os Custos
Subescala Barreiras Relacionadas com a Criança	Coeficiente de Correlação	1,00				
Subescala Barreiras Relacionadas com os Pais - Vegetais e Fruta	Coeficiente de Correlação	0,45 ^{1**}	1,00			
Subescala Barreiras Relacionadas com os Pais- Açúcares Adicionados	Coeficiente de Correlação	0,27 ^{2**}	0,28 ^{1**}	1,00		
Subescala Barreiras Relacionadas com o Contexto Social	Coeficiente de Correlação	0,11	0,08	0,15 ^{2*}	1,0	
Subescala Barreiras Relacionadas com os Custos	Coeficiente de Correlação	0,12 ^{1*}	,31 ^{1**}	0,19 ^{1**}	0,13 ^{1*}	1,00

** A correlação é significativa no nível 0,01

* A correlação é significativa no nível 0,05

¹ Coeficiente de Spearman

² Coeficiente de Pearson

Na análise da Tabela 5 podem observar-se correlações positivas e estatisticamente significativas, baixas a moderadas, entre a maioria das subescalas, com

exceção da subescala “*Barreiras Relacionadas com o Contexto Social*” que apresenta apenas uma correlação fraca com a subescala “*Barreiras Relacionadas com os Pais-Açúcares Adicionados*” e não apresenta correlação com as outras subescalas.

Caracterização das Barreiras Percebidas

Tabela 6

Estatística Descritiva das subescalas

	Média	Erro Desvio	Mínimo	Máximo
Subescala Barreiras Relacionadas com a Criança	2,38	0,78	1,00	4,56
Subescala Barreiras Relacionadas com os Pais - Vegetais e Fruta	1,71	0,55	1,00	3,43
Subescala Barreiras Relacionadas com os Pais-Açúcares Adicionados	2,60	0,70	1,00	4,57
Subescala Barreiras Relacionadas com o Contexto Social	2,87	0,65	1,00	5,00
Subescala Barreiras Relacionadas com os Custos	2,38	1,01	1,00	5,00

Na análise dos resultados descritivos verifica-se que a subescala “*Barreiras Relacionadas com o Contexto Social*” apresenta as pontuações mais elevadas, seguida pela subescala “*Barreiras Relacionadas com os Pais- Açúcares Adicionados*”. A subescala cujos itens foram menos valorados pelos participantes foi a de “*Barreiras Relacionadas com os Pais - Vegetais e Fruta*”. Todos os valores médios estão abaixo do ponto médio da subescala, indicando que os pais não identificam barreiras com muita intensidade.

Associação entre as barreiras percebidas pelos pais e as características sociodemográficas

Para responder ao objetivo de averiguar quais as associações entre as características sociodemográficas dos pais e as barreiras percebidas, calcularam-se as diferenças entre os diferentes subgrupos. Não se verificaram diferenças estatisticamente

significativas entre mães e pais, ou entre participantes com diferentes níveis de escolaridade, na identificação dos vários tipos de barreiras.

Associação entre as barreiras percebidas pelos pais e o seu IMC

Para esta análise comparativa, os pais foram organizados segundo o seu IMC em dois grupos (i.e. peso normal e excesso peso, o qual engloba todas as categorias a partir da pré-obesidade), sendo que não foram considerados os pais com baixo peso por serem um número muito reduzido. Apenas se verificaram diferenças significativas para a subescala “*Barreiras Relacionadas com os Custos*”, entre os pais com peso normal e os pais com excesso de peso, com os pais com excesso de peso a identificarem mais barreiras. Os valores deste teste encontram-se na tabela 7.

Tabela 7

Comparação dos custos percebidos conforme o IMC dos pais- Teste U de Mann-Whitney (n pais com peso normal=84; n pais com excesso de peso=186)

	IMC dos pais	Média das Ordens	Teste U de Mann-Whitney	Asymp. Sig. (2-tailed)
Subescala “ <i>Barreiras Relacionadas com os Custos</i> ”	Peso normal	128,13	9183,5	0,01
	Excesso de peso	151,83		

Correlação entre as barreiras percebidas pelos pais e a idade das crianças

Tabela 8

Correlações da idade da criança segundo Coeficiente de Spearman e de Pearson

		Subescala Barreiras Relacionadas com a Criança	Subescala Barreiras Relacionadas com os Pais - Vegetais e Fruta	Subescala Barreiras Relacionadas com os Pais- Açúcares Adicionados	Subescala Barreiras Relaciona- das com o Contexto Social	Subescala Barreiras Relaciona- das com os Custos
Idade da Criança	Coeficiente de Correlação	0,08	-0,01	0,06	0,14 ^{2*}	0,14 ^{1*}

* A correlação é significativa no nível 0,05

¹ Coeficiente de Spearman

² Coeficiente de Pearson

Considerando a relação entre a idade da criança e a percepção de barreiras pelos pais, apenas se verificaram-se correlações estatisticamente significativas, positivas e fracas, para as subescalas “*Barreiras Relacionadas com o Contexto Social*” e “*Barreiras Relacionadas com os Custos*”.

Associação entre as barreiras percebidas pelos pais e o seu nível de preocupação com o peso da criança

De acordo com objetivo de averiguar quais as associações entre as barreiras percebidas pelos pais, e a preocupação com o peso da criança, realizou-se o cálculo das correlações, sendo que apenas se observa uma correlação estatisticamente significativa, positiva e fraca, com a subescala “*Barreiras Relacionadas com os Pais-Açúcares Adicionados*” (Tabela 9).

Tabela 9

Correlações do item relativo à preocupação segundo o Coeficiente de Spearman e de Pearson

		Subescala Barreiras Relacionadas com a Criança	Subescala Barreiras Relacionadas com os Pais - Vegetais e Fruta	Subescala Barreiras Relacionadas com os Pais- Açúcares Adicionados	Subescala Barreiras Relaciona das com o Contexto Social	Subescala Barreiras Relaciona das com os Custos
Preocupação dos pais	Coeficiente de Correlação	0,11	0,06	0,13 ^{2*}	-0,02	-0,01

* A correlação é significativa no nível 0,05

¹Coeficiente de Spearman

² Coeficiente de Pearson

Associação entre as subescalas e o temperamento da criança

Através das respostas dos pais ao item relativo ao temperamento dos filhos, foi possível verificar que 117 (42,1%) pais responderam que a sua criança tinha um temperamento do tipo Ativo/Impulsivo, 91 (32,7%) pais relataram ter um a criança com um temperamento Fácil, e 31 (11,2%) pais referiram ter uma criança com um temperamento Tranquilo/Inibido. Os restantes 39 pais (14%), consideraram que o temperamento da criança não correspondia a nenhum dos três perfis de temperamentos.

De modo a concretizar o objetivo de averiguar quais as associações entre as barreiras percebidas pelos pais e o temperamento da criança, analisaram-se as diferenças das respostas ao item, tendo-se verificado que as respostas na subescala “*Barreiras Relacionadas com a Criança*” (KW= 20,25; p<0,05) e “*Barreiras Relacionadas com os Pais - Vegetais e Fruta*” (KW=12,92; p<0,05) apresentam valores significativamente diferentes em função do temperamento da criança.

Nas comparações sucessivas (Tabela 10), a verifica-se que, na subescala “*Barreiras Relacionadas com a Criança*” se registaram diferenças significativas entre as barreiras identificadas pelos pais de crianças com Temperamento Fácil e os pais das crianças com temperamento Ativo/Impulsivo, e entre as barreiras identificadas pelos

pais de crianças com Temperamento Fácil e os pais das crianças com Temperamento Tranquilo/Inibido.

Verificou-se que os pais das crianças com temperamento Fácil identificaram menos barreiras nas subescala “*Barreiras Relacionadas com a Criança*”, do que os pais das crianças com temperamento Ativo/Impulsivo e Tranquila/Inibida. Na subescala “*Barreiras Relacionadas com os Pais-Vegetais e Frutas*”, evidenciou-se que os pais das crianças com temperamento do tipo Ativo/Impulsivo identificaram mais barreiras, do que os pais das crianças com temperamento Fácil.

Tabela 10

Comparação das barreiras percebidas conforme o temperamento da criança- Teste U de Mann-Whitney (n crianças com temperamento tipo Ativo/Impulsivo (T1)= 117; n crianças com temperamento tipo Tranquilo/Inibido(T2) =31; n crianças com temperamento tipo Fácil (T3) =91)

	Média ou Média das Ordens			Estatística (df)	Sig.	Diferenças estatisticamente significativas ^{b)}
	T1	T2	T3			
Subescala “ <i>Barreiras Relacionadas com a Criança</i> ”	131,51	148,87	95,39	$F_{(2,278)} = 20,25$	0,000	T2,T3>T3
Subescala “ <i>Barreiras Relacionadas com os Pais – Vegetais e Frutas</i> ”	134,45	123,45	100,08	$F_{(2,278)} = 12,92$	0,002	T1>T3

^{a)} T1 = “Temperamento Ativo\Impulsivo”, T2 = “Temperamento Tranquilo\Inibido”, T3 = “Temperamento Fácil”

^{b)} Teste U de Mann-Whitney (no qual 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)

Discussão

A presente dissertação teve como objetivo construir e realizar o estudo psicométrico do Questionário de Percepção Parental de Barreiras relacionadas com a Alimentação da Criança (QPPBRAC), assim como identificar e caracterizar as barreiras percebidas por pais de crianças pré-escolares, e as associações destas barreiras com as características sociodemográficas dos pais, com a sua preocupação com o peso da criança, e com o temperamento da criança. Serão de seguida discutidos os resultados obtidos com base na literatura revista, seguindo a ordem estes objetivos.

Hábitos alimentares pouco saudáveis durante a infância podem interferir com o crescimento e desenvolvimento normal das crianças, potenciando também um maior risco de maus hábitos alimentares durante a adolescência e idade adulta. Ademais, uma dieta pouco saudável durante a infância é a principal causa do excesso de peso infantil, um problema que está a tomar proporções epidémicas em grande parte dos países desenvolvidos do mundo (Pocock et al., 2010; Nepper e Chai, 2016; Martin-Biggers et al., 2016).

Apesar de ser clara a importância de uma intervenção promotora de saúde neste âmbito, os pais como principais intervenientes no processo de educação alimentar e manutenção do peso das crianças, identificam várias barreiras que impedem ou dificultam a sua ação na educação alimentar dos filhos. Muitos pais têm conhecimentos razoáveis e têm a intenção de promover comportamentos alimentares saudáveis nos filhos, mas referem vários obstáculos que dificultam esse seu objetivo. Assim, para que seja possível desenvolver estratégias otimizadas que promovam uma alimentação mais equilibrada, é fundamental que sejam identificadas e estudadas as principais barreiras percebidas pelos pais (Taylor et al., 2005), de forma a poder dirigir as intervenções para a eliminação ou redução desses obstáculos.

Com este propósito foi desenvolvido o Questionário de Percepção Parental de Barreiras relacionadas com a Alimentação da Criança (QPPBRAC), a partir de uma síntese da literatura e de instrumentos disponíveis. Da análise dos resultados deste trabalho destaca-se que o QPPBRAC apresenta qualidades psicométricas razoáveis a nível dos estudos de fiabilidade. Na sua versão final, a escala com 30 itens mostrou uma estrutura fatorial de cinco fatores, teoricamente consistente, incluindo: “Barreiras Relacionadas com a Criança”, “Barreiras Relacionadas com os Pais - Vegetais e Fruta”,

“Barreiras Relacionadas com os Pais-Açúcares Adicionados”, “Barreiras Relacionadas com o Contexto Social” e “Barreiras Relacionadas com os Custos”, que explicam uma percentagem considerável da variância. As diferentes subescalas estão moderadamente associadas entre si. Os resultados preliminares obtidos neste estudo permitem concluir pela existência de características psicométricas aceitáveis, legitimando a utilização deste instrumento em contexto de investigação na população portuguesa.

Apesar de o único instrumento de auto relato que avalia as barreiras percebidas pelos pais em relação à alimentação dos filhos (Modelo das Práticas Parentais Vegetais Dirigidas por Objetivos, MGDBVPP, Baranowski et al., 2013) incluir apenas três subescalas, as cinco subescalas do QPPBRAC mantêm a consistência com as três anteriores, dado que a organização dos conteúdos abordados é semelhantes (i.e., barreiras relacionadas com a criança, com os pais, e com o contexto e custos). No instrumento agora proposto as barreiras relacionadas com os pais dividem-se em duas subescalas, uma focada na preparação e oferta de vegetais e frutas, e outra no consumo de alimentos com açúcares acrescentados; as barreiras relacionadas com os custos constituem uma subescala separada das outras barreiras contextuais. Tal como no presente estudo, também Baranowski et al. (2013) verificaram que as preferências das crianças e dos pais, a pouca disponibilidade de vegetais em casa, a grande disponibilidade de outros alimentos pouco saudáveis em casa, os escassos recursos (e.g. tempo e dinheiro), e as dificuldades de preparação de alimentos, foram as barreiras mais identificadas para a promoção do consumo de vegetais pelas crianças. No entanto o QPPBRAC tem a vantagem de possibilitar o estudo das barreiras percebidas num espetro mais abrangente, i.e., não só em relação ao consumo de vegetais, mas também de frutas, assim como as barreiras à diminuição do consumo de alimentos com açúcares adicionados.

Relativamente às barreiras percebidas pelos pais, as mais identificadas foram as relacionadas com o contexto social, indo este resultado ao encontro de vários estudos anteriores (Williden et al., 2006; Pocock et al., 2010; Smit et al., 2017), que mostraram que as barreiras provenientes do ambiente social, familiar, cultural e relacionado com *media* são as que os pais mais relatam como um desafio às suas ações para que os filhos tenham uma alimentação mais equilibrada. A influência deste tipo de barreiras pode notar-se a nível das preferências alimentares e dos pedidos de certos alimentos pois

embora sejam barreiras externas à família, as crianças contactam com elas através do convívio social, da escola e da televisão, meios onde as mensagens promotoras do consumo de alimentos pouco saudáveis tendem a influenciar as escolhas das crianças (Taylor et al., 2005).

A segunda categoria de barreiras mais identificadas pelos pais foi a correspondente à “*Barreiras Relacionadas com os Pais-Açúcares Adicionados*”, cujos itens remetiam maioritariamente para a apetência dos pais por alimentos com açúcares adicionados, ou para a sua dificuldade em recusar esses alimentos aos filhos. Este resultado é também concordante com estudos anteriores que mostram que os pais consideram que uma barreira importante à implementação de uma alimentação mais saudável nos filhos, são os seus próprios comportamentos alimentares (Ventura e Birch, 2008; Beltran et al., 2017; Yee et al., 2017).

A subescala cujos itens foram menos valorados pelos participantes foi a “*Barreiras Relacionadas com os Pais - Vegetais e Fruta*”. No entanto, vários estudos apontam que estas barreiras relacionadas com a aceitação ou preferências dos pais por frutas e vegetais, e as suas competências para preparar refeições saudáveis, são também barreiras para a promoção de uma alimentação mais saudável nos filhos (Williden et al., 2006; Pocock et al., 2009; Carroll et al., 2011; Ling et al., 2015; Nepper e Chai, 2016; Martin-Biggers et al., 2016). É possível que o padrão alimentar Português, que insere bastantes frutas e vegetais nas refeições comuns, nomeadamente em sopas ou saladas, possa ter tido alguma influência na baixa perceção destas barreiras na amostra estudada.

No que respeita às diferenças entre barreiras identificadas por pais e mães, e por pais com diferentes níveis de escolaridade, não se verificaram diferenças significativas. Na literatura sobre barreiras também não foram encontradas evidências de que estas duas características sociodemográficas influenciam as barreiras identificadas pelos pais. Contudo, alguns estudos apontam que as mães tendem a mostrar-se mais conscientes em relação à importância de uma alimentação saudável (Taylor et al., 2005; Comitato et al., 2012; Chen et al., 2013). Por outro lado, a larga maioria dos participantes no nosso estudo eram mães, e dada a forma de divulgação e convite à participação no estudo é provável que os pais que participaram tenham um papel bastante ativo e empenhado na alimentação dos filhos, sendo por isso razoável esperar que não apresentem grandes diferenças nas suas atitudes em relação a esta área da educação da criança.

Ademais, como as mulheres tendem a ter mais experiência direta na preparação dos alimentos, podem estar também mais atentas e ter mais conhecimentos sobre este assunto. Este conhecimento é por sua vez influenciado pelo nível de escolaridade dos pais, existindo evidências de que pais com maior nível de escolaridade estão mais conscientes da importância de uma alimentação saudável infantil (Comitato et al., 2012; Smith et al., 2017). No presente estudo o número de pais com escolaridade universitária foi muito elevado, não sendo a amostra mais adequada para estudar de forma rigorosa estas diferenças. Será relevante a realização de futuros estudos sobre o papel das diferenças de gênero e de nível de escolaridade na percepção de barreiras dos pais.

Relativamente à percepção de barreiras por pais com níveis de IMC diferentes, apenas se verificou que os pais com excesso de peso têm uma percepção de barreiras relacionadas com os custos superior à dos pais com peso normal. Estes resultados não parecem ter uma explicação muito evidente. No entanto, é possível que a provável associação entre um IMC mais elevado e o nível socioeconómico mais baixo possa contribuir para explicar esta associação. Estudos anteriores mostraram que um elevado IMC dos pais está significativamente associado a um nível socioeconómico mais baixo dos pais e a uma percepção de custos da alimentação saudável superior (Taylor et al., 2005; Wang et al., 2007). Ademais, se os pais consideram que os alimentos saudáveis são mais caros, podem tender a comprar e consumir menos este tipo de alimentos e preferir alimentos caloricamente mais ricos, promovendo um aumento de peso (Mushi-Brunt et al., 2007; Smith et al., 2017). Eventualmente, pais com piores hábitos alimentares poderão sentir mais dificuldade em mudar a alimentação dos filhos e a atribuição dessas dificuldades a barreiras externas e difíceis de controlar como os custos, pode ser mais fácil do que o reconhecimento da dificuldade de mudar os seus comportamentos.

Estudos anteriores, apontaram que pais de crianças mais velhas identificavam mais barreiras à alimentação saudável (Taylor et al., 2005; Chen et al., 2013; Chen et al., 2015). No presente estudo os nossos resultados também vão nesse sentido, tendo-se verificado uma associação entre a idade da criança e as subescalas “*Barreiras Relacionadas com o Contexto Social*” e “*Barreiras Relacionadas com os Custos*”. O estudo de Taylor et al. (2007) pode explicar estes resultados, tendo sido verificado que com o avançar da idade e com a integração da criança em contextos sociais mais amplos

(e.g. creches, escolas, ATL), a qualidade dietética global tende a diminuir e o consumo de alimentos caloricamente densos e nutricionalmente pobres tende a aumentar devido à sua maior disponibilidade (Nepper e Chai, 2016; Smit et al., 2017). Ademais, os efeitos do *marketing* de produtos e dos *media* têm mais impacto em crianças mais velhas, levando-as a fazer mais pedidos de alimentos muito calóricos e pouco saudáveis (Taylor et al., 2005).

A preocupação parental com o peso da criança tem sido apontada como determinante do grau de aceitação dos pais às mensagens sobre promoção de comportamentos alimentares saudáveis na infância e ao envolvimento efetivo em ações de regulação da ingestão a alimentar, sendo portanto relevante ter em conta esta variável (Lampard et al., 2008). No presente estudo, apenas se verificou uma relação entre o nível de preocupação dos pais com o peso da criança e a identificação de barreiras para a subescala “*Barreiras Relacionadas com os Pais-Açúcares Adicionados*”. Esta associação entre a preocupação dos pais em relação ao peso da criança e a subescala “*Barreiras Relacionadas com os Pais- Açúcares Adicionados*”, indica que os pais que reconhecem que existem comportamentos alimentares seus que dificultam a promoção de uma alimentação saudável dos filhos se preocupam mais com o peso destes. Baranowski et al. (2014) e Diep e a sua equipa (2014), verificaram ainda que a barreira de o respondente não gostar de vegetais (i.e. um comportamento alimentar que não representa um bom modelo para os filhos) estava significativamente relacionada com práticas alimentares mais eficazes, sugerindo que os pais compensam o seu próprio desagrado com os vegetais, promovendo o consumo de vegetais pelos filhos. Segundo os autores, tal pode ser explicado pelo facto de os pais reconhecerem os benefícios dos vegetais apesar de não gostarem destes alimentos, estando assim mais motivados para fazer com que os seus filhos obtenham esses benefícios. No mesmo sentido, é possível colocar a hipótese de que esta motivação para que os filhos tenham uma alimentação mais saudável esteja relacionada com uma maior preocupação com o peso corporal dos filhos.

As diferenças individuais no temperamento das crianças têm sido apontadas como um determinante das atitudes e das práticas dos pais em relação à alimentação dos filhos (Pocock et al., 2009; Martin-Biggers et al., 2016). Verificámos que os pais das crianças avaliadas como tendo um temperamento fácil identificam menos barreiras

relacionadas com a criança do que os pais das crianças com temperamento ativo/impulsivo e tranquilo/inibido. Paralelamente, os pais das crianças com temperamento ativo/impulsivo identificaram mais barreiras relacionadas com os pais, relativas a vegetais e frutas, do que os pais das crianças com temperamento fácil. O temperamento infantil é uma medida das tendências comportamentais da criança. Esta característica compreende tanto a reatividade (i.e. a intensidade e duração da resposta comportamental ou emocional da criança), como a autorregulação (i.e. a capacidade da criança regular uma resposta), dois aspetos envolvidos no comportamento alimentar. Visto que a reatividade negativa e a baixa regulação emocional caracterizam o temperamento difícil, este tipo de temperamento tem sido mais associada a hábitos alimentares desadequados e à obesidade infantil (Anzman-Frasca et al., 2012; Tate et al., 2016). Neste contexto, é possível colocar a hipótese de que quanto mais difícil os pais considerarem o temperamento da criança, mais vão valorizar as barreiras à implementação de hábitos alimentares saudáveis, dado que vão ser crianças que reagem mais negativamente quando os pais insistem para que comam algo de que não gostam ou não querem. A investigação de Tate et al. (2016), suporta esta mesma hipótese, dado que verificou que crianças com temperamento difícil podem ser particularmente responsivas e mais difíceis de controlar face à presença de alimentos obesogénicos, quando comparadas com crianças com temperamento fácil.

Conclusão

A presente investigação pretendeu construir e explorar preliminarmente as qualidades psicométricas do Questionário de Perceção Parental de Barreiras relacionadas com a Alimentação da Criança (QPPBRAC), assim como identificar e explorar as associações entre as barreiras percebidas por pais de crianças pré-escolares, as características sociodemográficas, o nível de preocupação com o peso da criança, e o temperamento da criança.

Os resultados encontrados neste estudo devem ser interpretados no contexto das suas limitações. Os instrumentos utilizados no estudo são de auto relato, pelo que são suscetíveis de apresentar enviesamento das respostas. Apesar de a participação ser anónima, é possível que tenha existido algum efeito de desejabilidade social nas

respostas dadas pelos pais. Ademais, o IMC dos pais foi calculado através do relato do peso e da altura feito pelos pais, podendo mais uma vez haver erros ou enviesamento nas respostas.

Ainda que a amostra tenha sido recolhida com recurso a vários pedidos de colaboração a escolas, creches e jardins infantis, de carácter público e privado, espalhados por várias zonas do país, e que o convite para participar no estudo não se direccionasse para nenhum cuidador em específico, a maior parte dos participantes foram mães, e progenitores com níveis de escolaridade superior, limitando a generalização dos resultados.

Apesar destas limitações, este estudo permitiu elaborar e propor um questionário sobre as barreiras parentais à promoção e uma alimentação saudável nos seus filhos em idade pré-escolar, que vem colmatar uma lacuna importante. Apesar de serem necessários mais estudos com outras amostras, o questionário apresentou características psicométricas adequadas. Por outro lado, o estudo permitiu apontar algumas direções relevantes sobre as barreiras percebidas pelos pais de crianças pequenas, no que concerne à implementação de uma alimentação mais saudável nos seus filhos, as quais podem ser úteis para atualizar as intervenções dirigidas para a promoção do desenvolvimento de uma alimentação saudável em crianças pré-escolares. Será interessante organizar estudos futuros de modo a explorar melhor alguns aspetos encontrados, como é exemplo a associação observada entre as barreiras percebidas e o temperamento da criança, para a qual não foi encontrada literatura que permitisse suportar diretamente os resultados obtidos.

Futuras investigações neste âmbito podem procurar incluir uma maior amostra de pais, dado que a figura parental masculina também desempenha um papel nos comportamentos alimentares da criança. Seria também pertinente que próximos estudos avaliassem se existem diferenças entre as barreiras percebidas pelos pais de crianças com diferentes níveis de IMC, pois se a criança tiver excesso de peso, isso poderá ter impacto nos objetivos dos pais e eventualmente torná-los mais atentos a possíveis barreiras. Além do mais, estudos sobre as estratégias utilizadas pelos pais para ultrapassar estas barreiras e sobre a eficácia dessas estratégias, poderiam ser relevantes para a atualização de intervenções neste âmbito, na medida em que este

conhecimento prático e aplicado na vida real pelos pais pode ser um contributo essencial para o desenvolvimento de diretrizes de intervenção mais otimizadas.

Propõe-se assim a continuidade dos estudos do Questionário de Perceção Parental de Barreiras relacionadas com a Alimentação para a população Portuguesa, por constituir uma medida promissora sobre as barreiras percebidas pelos pais relativamente à promoção de uma alimentação mais saudável junto dos seus filhos de idade pré-escolar.

Referências bibliográficas

- Adamo, K., Papadakis, S., Dojeiji, L., Turnau, M., Simmons, L., Parameswaran, M. et al. (2010). Using path analysis to understand parents' perceptions of their children's weight, physical activity and eating habits in the Champlain region of Ontario. *Pediatrics & Child Health*, 15(9), 33–41. <https://doi.org/10.1093/pch/15.9.e33>
- Anzman, S., Rollins, B. & Birch, L. (2010). Parental Influence on Children's Early Eating Environments and Obesity Risk: Implications for Prevention. *International Journal of Obesity*, 34, 1116–1124.
- Anzman, S., Stifter, A. & Birch, L. (2012). Temperament and Childhood Obesity Risk: A Review of the Literature. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 33(9), 732-745.
- Arganini, R., Saba, A., Comitato, R., Virgili, F. & Turrini, A. (2012). Gender Differences in Food Choice and Dietary Intake in Modern Western Societies. In: J. Maddock (Ed.), *Public Health - Social and Behavioral Health*, (pp. 83-102). Disponível em: <http://www.intechopen.com/books/public-health-social-and-behavioral-health/gender-differences-in-foodchoice-and-dietary-intake-in-modern-western-societies>
- Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil. (2018). *7 em cada 10 crianças não ingerem fruta na quantidade recomendada pela OMS*. In: <http://www.apcoi.pt/7-em-cada-10-criancas-nao-ingerem-fruta-na-quantidade-recomendada-pela-oms/>.
- Bagozzi, R. P., Baumgartner, H. & Pieters, R. (1998). Goal-directed emotions. *Cognition & Emotion*, 12, 1–26.
- Baranowski, T., Perry, C. & Parcel, G. (2002). How Individuals, Environments, and Health Behavior Interact: Social Cognitive Theory. In: K. Glanz, B. Rimer & F. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, Research, and Practice*, (165-184). 3ª Ed., San Francisco: 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*, 23-43.
- Baranowski, T., Chen, T., O'Connor, T., Hughes, S., Beltran, A., Frankel, L. et al. (2013). Dimensions of vegetable parenting practices among preschoolers. *Appetite*, *69*, 89–93.
- Baranowski, T., Beltran, A., Chen, T., Thompson, D., O'Connor, T., Hughes, S., Diep, C. & Baranowski, J. (2013). Psychometric assessment of scales for a Model of Goal Directed Vegetable Parenting Practices (MGDVPP). *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *10*(110).
- Baranowski, T., Beltran, A., Chen, T., Thompson, D., O'Connor, T., Hughes, S., Diep, C. & Baranowski, J. (2014). Predicting use of ineffective vegetable parenting practices with the Model of Goal Directed Behavior. *Public Health Nutrition*: *18*(6), 1028–1035.
- Baranowski, T., Beltran, A., Chen, T., O'Connor, T., Hughes, S., Diep, C., Beltran, A., Brand, L., Nicklas, T. & 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
- Batsell, R., Brown, S., Ansfield, E. & Paschall, Y. (2002). ‘You will eat all of that!’: a retrospective analysis of forced consumption episodes. *Appetite*, *38*, 211–219.
- Beets, M., Cardinal, B. & Alderman, B. (2010). Parental social support and the physical activity-related behaviors of youth: a review. *Health Education Behavior*, *37*(5), 621–644.
- Birch, L., Gunder, L., Grimm-Thomas, K. & Laing, G. (1998). Infants’ consumption of a new food enhances acceptance of similar foods. *Appetite*, *30*, 283–295.
- Birch, L., Fischer, 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.

Birch, L. (2006). Child Feeding Practices and the Etiology of Obesity. *Obesity*, 14(3), 343-344.

Carroll, J., Demment, M., Stiles, S., Devine, C., Dollahite, J., Sobal, J. & Olson, C. (2011). Overcoming Barriers to Vegetable Consumption by Preschool Children: A Child Care Center Buying Club. *Journal of Hunger & Environmental Nutrition*, 6, 153-165.

Chen, A., O'Connor, T., Hughes, S., Frankel, L., Baranowski, J., Mendoza, J., et al. (2013). Parenting practices. Is the same scale appropriate for parents of children of different ages?. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(41).

Chen, T., O'Connor, T., Hughes, S., Beltran, A., Baranowski, J., Diep, C. & Baranowski, T. (2015). Vegetable parenting practices scale. Item response modeling analyses. *Appetite*, 1(91), 190-199.

Darling, N. & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: an integrative model. *Psychology Bull*, 113(3), 487-496.

Diep, C., Beltran, A., Chen, T., Thompson, D., O'Connor, T., Hughes, S., Baranowski, J. & Baranowski, T. (2016). 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.

Direção Geral de Saúde. (2018). *Alimentação Saudável: Desafios e Estratégias*. In: http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wpcontent/files_mf/1532337212PNPAS_DesafiosEstrategias2018.pdf

Elder, J., Ayala, G. & Harris, S. (1999). Theories and Intervention Approaches to Health-Behavior Change in Primary Care. *American Journal of Preventive Medicine* 17(4), 275-284.

- Faith, M. & Kerns, J. (2005). Infant and child feeding practices and childhood overweight: the role of restriction. *Maternal Child Nutrition, 1*, 164–168.
- Fisher, J., Liu, Y., Birch, L. & Rolls, B. (2007). Effects of portion size and energy density on young children's intake at a meal. *The American Journal of Clinical Nutrition, 86*, 174–179.
- Harrison, K., Bost, K., McBride, B., Donovan, S., Grigsby-Toussaint, D., Kim, J. et al. (2011). Toward a developmental conceptualization of contributors to overweight and obesity in childhood: the six-Cs model. *Child Development Perspectives, 5*, 50–58.
- Hingle, M., Beltran, A., O'Connor, T., Thompson, D., Baranowski, J. & Baranowski, T. (2012). *Appetite, 58*, 444–449.
- Huang, J., Becerra, K., Oda, T., Walker, E., Xu, R., Donohue, M., Chen, I., Curbelo, V. & Breslow, A. (2007). Parental ability to discriminate the weight status of children: results of a survey. *Pediatrics, 120*, 112-119.
- Hughes S., O'Connor T. & Power, T. (2008). Parenting and children's eating patterns: examining control in a broader context. *International Journal of Child and Adolescent Health, 1*, 323–330.
- Lampard, A., Byrne, S., Zubrick, S., & Davis, E. (2008). Parents' concern about their children's weight. *International Journal of Pediatric Obesity, 3*, 84-92. doi:10.1080/17477160701832552
- Ling, J., Robbins, L. & Hines-Martin, V. (2015). Perceived Parental Barriers to and Strategies for Supporting Physical Activity and Healthy Eating among Head Start Children. *Journal of Community Health, 41*(3), 593-602.
- Loureiro, I. (2004). A importância da educação alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 22*(2), 43-55.
- Martin-Biggers, J., Spaccarotella, K., Hongu, N., Alleman, G., Worobey, J. & Byrd-Bredbenner, C. (2015). Translating it into real life: a qualitative study of the

cognitions, barriers and supports for key obesogenic behaviors of parents of preschoolers. *BMC Public Health*, 15, 189.

Minderico, C. & Teixeira, P. (2008). Nutrição E Alimentação Saudável. In: Teixeira, P., Barata, T. & Sardinha, L. *Nutrição, Exercício e Saúde*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.

McCaffrey, T., Rennie, K., Kerr, M., Wallace, J., Hannon- Fletcher, M., Coward, W., et al. (2008). Energy density of the diet and change in body fatness from childhood to adolescence: is there a relation? *The American Journal of Clinical Nutrition*, 87, 1230–1237.

Musher-Eizenman, D. & Holub, S. (2015). 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). Parents' barriers and strategies to promote healthy eating among school-age children. *Appetite* 103, 157-164.

Nunes, E. & Breda, J. (2001). *Manual para uma alimentação saudável em jardins de infância*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Norman, A., Berlin, A., Sundblom, E., Elinder, L. & Nyberg, G. (2015). Stuck in a vicious circle of stress. Parental concerns and barriers to changing children's dietary and physical activity habits. *Appetite*, 87, 137–142.

O'Connor¹, T., Hughes, S., Watson, K., Baranowski, T., Nicklas, T., Fisher, J., Beltran, A., Baranowski, J., Qu, H. & Shewchuk, R. (2010). Parenting practices are associated with fruit and vegetable consumption in pre-school children. *Public Health Nutrition*, 13(1), 91–101.

O'Connor, T., Cerin, E., Hughes, S., Robles, J., Thompson, D., Baranowski, T., Lee, R., Nicklas, T. & Shewchuk, R. (2013). What Hispanic parents do to encourage and discourage 3-5 year old children to be active: a qualitative study using nominal group technique. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(93).

- Piana, N., Battistini, D., Urbani, L., Romani, G., Fatone, C., Pazzagli, C., et al. (2013). Multidisciplinary lifestyle intervention in the obese: Its impact on patients' perception of the disease, food, and physical exercise. *Nutrition, Metabolism, and Cardiovascular Diseases*, *23*, 337–343.
- Pocock, M., Daksha, T., 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*, 338-353.
- Real, H., Oliveira, A., Severo, M., Moreira, P. & Lopes, C. (2014). Combination and adaptation of two tools to assess parental feeding practices in pre-school children. *Eating Behaviors*, *15*, 383-387.
- Reilly, J., Armstrong, J., Dorosty, A., Emmett, P., Ness, A., Rogers, I., Steer, C. & Sherriff, A. (2005). Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *The BMJ*, *330*, 13-57.
- Smit, Y., Kassier, S., Nel, D. & Koen, N. (2017). The barriers that women face when choosing food for their primary school children: A case study in the Western Cape Province, South Africa. *South African Journal of Child Health*, *11(3)*, 129-134.
- 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.
- Taylor, J., Evers, S. & Mckenna, M. (2005). Determinants of Healthy Eating in Children and Youth. *Healthy Eating in Children and Youth*, *96(3)*, 20-26
- Tipton, J. (2014). Caregivers' psychosocial factors underlying sugar-sweetened beverage intake among non-Hispanic black preschoolers: an elicitation study. *Journal Pediatric Nursing*, *29(1)*, 47–57.
- Vaughn, A., Ward, D., Fisher, J., Faith, M., Hughes, S., Kremers, S., Musher-Eizenman, D., O'Connor, T., Patrick, H. & Power, T. (2016). Fundamental constructs in food

parenting practices: a content map to guide future research. *Nutrition Reviews*, 74(2), 98–117.

Ventura, A. & Birch, L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status?. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5 (15).

Vereecken, A., Keukelier, E. & Maes, L. (2004). Influence of mother's educational level on food parenting practices and food habits of young children. *Appetite*, 243, 93-103.

Viana, V., Franco, T., Morais, C., Almeida, P., Silva, D. & Guerra, A. (2012). Controlo Alimentar Materno e Estado Ponderal: Resultados do Questionário Alimentar Para Crianças. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 298 – 310.

Vittrup, B & McClure, D. (2018). Barriers to Childhood Obesity Prevention: Parental Knowledge and Attitudes. *Pediatric Nursing*, 44(2), 81-94.

Wang, M., Kim, S., Gonzalez, A., MacLeod, K. & Winkleby, M. (2006). Socioeconomic and food-related physical characteristics of the neighbourhood environment are associated with body mass index. *Journal of Epidemiol Community Health*, 61, 491–498. doi: 10.1136/jech.2006.051680

Williden, M., Taylor, R., McAuley, K., Simpson, J., Oakley, M. & Mann, J. (2006). The APPLE project: An investigation of the barriers and promoters of healthy eating and physical activity in New Zealand children aged 5–12 years. *Health Education Journal*, 65(2), 135–148.

World Health Organization. (2011). *Noncommunicable Diseases Country Profiles. Global Report*. Geneva: World Health Organization. In: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/

World Health Organization. (2017). *10 Facts on Nutrition*. Geneva: World Health Organization. In: <https://www.who.int/features/factfiles/nutrition/en/>

World Health Organization. (2018). *Healthy diet*. Geneva: World Health Organization.
In:https://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/healthydiet_factsheet/en/

Yee, A., Lwin, M. & Ho, S. (2017). The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14, 47.

Anexos

Anexo 1- Consentimento Informado para os pais

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 – Exemplos de itens do Questionário de Perceção Parental de Barreiras relacionadas com a Alimentação da Criança

Em seguida, vai encontrar afirmações acerca dos obstáculos ou barreiras que os pais podem encontrar nos seus esforços para dar uma alimentação saudável à(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

	Totalmente Falso	Falso	Nem Verdadeiro Nem Falso	Verdadeiro	Totalmente Verdadeiro
Conseguir que a criança coma vegetais às refeições é difícil.					
Conseguir que a criança coma frutas às refeições é difícil.					
A criança não gosta de experimentar vegetais novos.					