

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O COMPORTAMENTO ALIMENTAR E HÁBITOS  
ALIMENTARES DA CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR:  
RELAÇÃO COM AS ESTRATÉGIAS PARENTAIS**

**Raquel Correia Martins**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde  
Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença**

**2016**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**O COMPORTAMENTO ALIMENTAR E HÁBITOS  
ALIMENTARES DA CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR:  
RELAÇÃO COM AS ESTRATÉGIAS PARENTAIS**

**Raquel Correia Martins**

Dissertação Orientada pela Professora Doutora Luísa Barros

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde  
Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença**

**2016**

## AGRADECIMENTOS

Ao finalizar este percurso tão importante da minha vida queria expressar o meu agradecimento a todos aqueles que estiveram presentes e me apoiaram nesta caminhada e que, direta ou indiretamente, tornaram possível a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Luísa Barros pela orientação, ajuda, disponibilidade e por todas as palavras de incentivo e motivação, mesmo aquelas que custam ouvir.

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

À Dra. Teresa Marques pela disponibilidade e paciência para nos ajudar a trabalhar com o *TeleForm*.

A todos os pais/encarregados de educação, educadores de infância e Diretores das escolas e colégios que se disponibilizaram a participar no estudo, sem os quais não teria sido possível realizar este projeto.

Aos meus pais, que mesmo há distância estão sempre aqui pé de mim e que sem os quais nunca teria conseguido alcançar os meus sonhos. Por tudo o que eles são e representam. À Sara e ao David por estarem sempre comigo quando mais preciso.

À Beatriz Francisco por toda a paciência que teve comigo ao longo deste projeto e pelas palavras motivadoras, que nunca me deixaram desistir.

Às minhas colegas de casa, pela companhia nas longas horas de trabalho, em especial à Raquel que me acompanhou e ajudou a ultrapassar os momentos de dificuldade e com quem partilhei muitas “noites em branco” e frequentes inseguranças.

À Carolina e ao Francisco, os melhores amigos que a faculdade me poderia ter dado e que sem os quais nunca teria conseguido.

À Clara que no fim deste longo percurso de 5 anos tenho o maior orgulho e alegria de chamar amiga. Não teria escolhido outra pessoa para partilhar esta fase da minha vida.

À minha família, pelo carinho e compreensão face à minha ausência, fim-de-semana após fim-de-semana.

À minha avó que nestes 5 anos, longe de casa, foi o meu porto de abrigo e que infelizmente não estará presente para ver o percurso finalizado.

À minha família universitária, porque a família são também as pessoas que escolhemos.

À VivanTuna onde todos os dias posso dar largas ao meu hobby favorito, acompanhada de um grupo de pessoas maravilhosas.

À Nicole e à Fabiana pela ajuda e opinião crítica nesta última fase e por me motivarem a continuar.

Finalmente um agradecimento geral, a todos aqueles que de uma maneira ou outra, me acompanharam ao longo deste percurso.

## RESUMO

Atualmente o papel que uma alimentação saudável tem no funcionamento humano é indiscutível. Durante os primeiros anos de vida, as crianças desenvolvem hábitos alimentares que tendem a persistir na vida adulta, sendo importante o desenvolvimento de hábitos saudáveis para a prevenção de várias doenças. Também o comportamento alimentar que se desenvolve desde o primeiro contacto com os alimentos pode determinar as interações alimentares futuras e o desenvolvimento de uma relação positiva com a alimentação. Os pais têm um papel fundamental no desenvolvimento dos hábitos e comportamentos alimentares das crianças, pelo que compreender o papel das práticas parentais na educação alimentar das crianças é importante.

O presente trabalho tem como objetivo estudar os hábitos e os comportamentos alimentares das crianças em idade pré-escolar e explorar a associação entre estas duas dimensões com as práticas parentais relacionadas com a alimentação da criança. Numa primeira fase realizou-se o estudo preliminar da adaptação portuguesa do QCPP-R e, posteriormente, avaliaram-se os hábitos e os comportamentos alimentares e as práticas parentais relacionadas com os hábitos e comportamentos alimentares das crianças.

A amostra foi constituída por 222 pais de crianças pré-escolares. Foi-lhes pedido que respondessem aos Questionário de Dados Sócio Demográficos, Questionário Completo de Práticas Parentais – Revisto, Questionário do Comportamento Alimentar, e Questionário dos Hábitos Alimentares.

Os resultados indicam uma correlação positiva entre os hábitos saudáveis e as práticas parentais encorajar equilíbrio e variedade, modelagem e monitorização. Modelagem, monitorização e restrição por controlo de peso correlacionam-se negativamente com os hábitos não saudáveis. Os hábitos saudáveis correlacionam-se negativamente com a resposta à saciedade e a seletividade e os hábitos não saudáveis correlacionam-se positivamente com a sobreingestão e a subingestão alimentar emocional e com o desejo de beber bebidas açucaradas. Os resultados permitem apontar algumas direções interessantes sobre os hábitos e comportamentos alimentares das crianças, que podem ser úteis para a criação de intervenções direcionadas para a promoção do desenvolvimento de uma alimentação mais saudável nas crianças pré-escolares.

**Palavras-chave:** hábitos alimentares; comportamentos alimentares; práticas parentais; crianças em idade pré-escolar.

## **ABSTRACT**

Presently the role of healthy eating on human functioning is undeniable. During the first years of life, children develop eating habits that may persist in adulthood and are of paramount importance for the development of the healthy habits necessary to prevent several diseases. The eating behavior is developed during the first contacts with food and can determine the future food interactions and the development of a positive relationship with food. Parents play a crucial part in the development of the children's eating habits and behavior, so that understanding the role of parent's practices in children feeding education is important.

The present work aims to study the eating habits and behavior of preschool children and to explore the association between these two dimensions with parenting practices related to young feeding. In a first stage, preliminary studies of the Portuguese adaptation of QCPP-R were conducted and, later on, the eating habits, eating behavior and parenting practices related to eating habits and behavior of children were evaluated.

The sample consisted of 222 parents of preschool children. Parents were asked to answer a Sociodemographic Data Questionnaire, the Comprehensive Feeding Practices Questionnaire, the Eating Behavior Questionnaire and the Eating Habits Questionnaire.

The results show a positive correlation between healthy habits and the parent's practices encouraging balance and variety, modeling and monitoring. Modeling, monitoring and restriction for weight correlate negatively with non-healthy habits. Healthy habits correlate negatively with satiety responsiveness and food fussiness, and non-healthy habits correlate positively with emotional over-eating and food sub-intake and the desire to drink. The results point out some interesting directions about the habits and eating behaviors of children, which can be useful for the development of interventions targeted to promote the development of healthy eating in preschool children.

**Keywords:** child eating habits; child eating behavior; parenting practices; preschool-aged children.

# ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO .....	v
1. INTRODUÇÃO .....	1
1.1. Alimentação saudável nas crianças em idade pré-escolar .....	2
1.2. Hábitos alimentares nas crianças em idade pré-escolar.....	2
1.3. Comportamento alimentar nas crianças em idade pré-escolar .....	3
1.4. Influência dos pais no desenvolvimento da alimentação das crianças .....	7
1.4.1. Práticas parentais de alimentação .....	7
2. OBJETIVOS .....	14
2.1. Objetivo geral.....	14
2.2. Objetivos específicos .....	14
3. METODOLOGIA .....	15
3.1. Amostra.....	15
3.2. Instrumentos de recolha de dados.....	15
3.2.1. Questionário sobre Dados Sociodemográficos e Estatuto Ponderal.....	15
3.2.2. Questionários dos Hábitos Alimentares (QHA).....	16
3.2.3. Questionário do Comportamento Alimentar (QCA) .....	17
3.2.4. Questionário Completo de Práticas Parentais – Revisto (QCPP-R).....	18
3.3. Procedimentos de recolha de dados.....	22
3.4. Procedimentos de análise de dados .....	22
4. RESULTADOS .....	23
4.1. Caracterização da amostra .....	23
4.2. Estudo preliminar do Questionário Completo das Práticas Parentais – Revisto (QCPP-R).....	25
4.3. Caracterização dos hábitos alimentares .....	26
4.4. Caracterização dos comportamentos alimentares.....	26

4.5. Caracterização das práticas parentais de alimentação .....	28
4.6. Relação entre hábitos alimentares, comportamentos alimentares e práticas parentais de alimentação e as características demográficas.....	29
4.6.1. Relação entre os hábitos alimentares e o género da criança .....	29
4.6.3. Relação entre as práticas parentais de alimentação e as características demográficas .....	30
4.7. Associações entre os comportamentos alimentares e as práticas parentais com os hábitos alimentares da criança .....	34
4.7.1. Associação entre comportamentos alimentares e hábitos alimentares .....	34
4.7.2. Associação entre as práticas parentais de alimentação e os hábitos alimentares da criança .....	34
4.10. Relações entre os comportamentos alimentares e as práticas parentais alimentares com o IMC da criança.....	37
4.10.1. Relação entre os comportamentos alimentares e o IMC da criança .....	37
4.10.2. Relação entre as práticas parentais de alimentação e o IMC da criança..	38
5. DISCUSSÃO .....	40
6. CONCLUSÃO .....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
ANEXOS.....	59
<i>Anexo 1 – Questionário Sociodemográfico .....</i>	<i>59</i>
<i>Anexo 2 – Exemplo de carta às Instituições: pedido de colaboração .....</i>	<i>60</i>
<i>Anexo 3 – Protocolo de Consentimento para os Pais .....</i>	<i>61</i>

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: <i>Caracterização da amostra – (n=222)</i> .....	24
Tabela 2: <i>Consistência interna e correlação interitem das subescalas do QCPP-R (n=256)</i> .....	25
Tabela 3: <i>Hábitos Alimentares (QHA): Média, desvio-padrão e valores máximo e mínimo (n=222)</i> .....	26
Tabela 4: <i>Comportamentos Alimentar (QCA): Média, desvio-padrão e valores máximo e mínimo (n=222)</i> .....	27
Tabela 5: <i>Práticas Parentais Relacionadas com a Alimentação (QCPP-R): Média, desvio-padrão e valores máximo e mínimo (n=222)</i> .....	28
Tabela 6: <i>Comparação dos hábitos alimentares em função do gênero da criança – Teste Mann-Whitney (n crianças do sexo masculino=113; n crianças do sexo feminino=107)</i> .....	29
Tabela 7: <i>Comparação do comportamento alimentar em função do gênero da criança – Teste Mann-Whitney, (n crianças do sexo masculino=113; n crianças do sexo feminino=107)</i> .....	30
Tabela 8: <i>Comparação das práticas parentais utilizadas em função do gênero da criança – Teste Mann-Whitney (n crianças do sexo masculino=113; n crianças do sexo feminino=107)</i> .....	31
Tabela 9: <i>Comparação das práticas parentais de alimentação em função do gênero dos pais – Teste Mann-Whitney (n pais=23; n mães=188)</i> .....	32
Tabela 10: <i>Comparação das práticas parentais de alimentação em função da escolaridade dos pais – Teste Kruskal-Wallis (n até ao 9º ano de escolaridade=48; n concluiu 12 anos de escolaridade=80; n concluiu o ensino superior=83)</i> .....	33
Tabela 11: <i>Correlações entre os comportamentos alimentares das crianças e os hábitos alimentares das crianças – Coeficiente de Correlação de Spearman (n=222)</i> .....	34
Tabela 12: <i>Correlações entre as práticas parentais de alimentação e os hábitos alimentares das crianças – Coeficiente de Correlação de Spearman (n=222)</i> .....	35
Tabela 13: <i>Correlações entre as práticas parentais e os comportamentos alimentares das crianças – Coeficiente de Correlação de Spearman (n=222)</i> .....	36
Tabela 16: <i>Comparação dos comportamentos alimentares em função do IMC da criança – Teste Kruskal-Wallis (n baixo peso=18; n peso normal=127; n excesso de peso=52)</i> .....	38

Tabela 17: *Comparação das práticas parentais de alimentação em função do IMC da criança – Teste Kruskal-Wallis (n baixo peso=18; n peso normal=127; n excesso de peso=52).....* 39

*“As escolhas alimentares são um conjunto complexo, dinâmico e multifacetado, com uma grande influência por parte dos sistemas de socialização que, conseqüentemente, se podem vir a manifestar a curto ou a longo prazo para a saúde (Rossi, Moreira & Rauen, 2008).”*

## **1. INTRODUÇÃO**

“As crianças comem o que querem e deixam o que não querem no prato, ignorando quaisquer considerações que possam influenciar as escolhas dos adultos, como o alto teor calórico, o preço do alimento ou o seu peso na saúde” (Birch, 1998, pp. 407). Apesar de esta afirmação retratar realisticamente o comportamento das crianças, é possível identificar vários fatores que influenciam, desde os primeiros anos de vida, as escolhas alimentares das crianças e podem ser determinantes nas suas escolhas alimentares futuras.

A seleção e ingestão de alimentos é um comportamento que evolui ao longo dos primeiros anos de vida, influenciado pela maturação, pelos agentes de socialização, por fatores afetivos e pelas interações pais-criança (Viana, Santos & Guimarães, 2008). Por outro lado, embora o apetite seja baseado numa necessidade biológica básica, os comportamentos integrados na sensação de estar ou não satisfeito (saciedade) são, em grande parte, aprendidos (Viana, Santos & Guimarães, 2008).

Vários autores atribuem à família, nomeadamente aos pais ou cuidadores primários, um papel fulcral na estruturação do ambiente alimentar da criança e nas experiências precoces que esta terá com os alimentos (Benton, 2004; Ramos & Stein, 2000; Rossi, Moreira & Rauen, 2008; Viana, Candeias, Rego & Silva, 2009). São os familiares que servem como modelos para as crianças e que estabelecem regras e estratégias, podendo ter uma influencia no desenvolvimento dos padrões de aceitação dos alimentos e do controlo da ingestão.

Uma adequada introdução de novos alimentos no primeiro ano de vida, juntamente com uma correta socialização alimentar, a partir deste período, e uma oferta de alimentos variados e saudáveis, num ambiente alimentar agradável, pode permitir à criança iniciar a aquisição dos hábitos alimentares positivos que vão, em grande parte, determinar o seu comportamento alimentar futuro (Birch, 1998).

Assim, é fundamental estudar e compreender como se desenvolvem os comportamentos e hábitos alimentares das crianças e de que formas são influenciados pelos diferentes fatores do meio envolvente para permitir, desta forma, estabelecer

contributos importantes para o desenvolvimento de uma alimentação mais saudável nas crianças.

### **1.1. Alimentação saudável nas crianças em idade pré-escolar**

A alimentação da criança resulta, pois, da integração de vários determinantes, entre os quais se podem destacar a aprendizagem, os hábitos, as características pessoais e a disponibilidade dos alimentos.

Uma alimentação saudável é aquela que contribui para manter ou melhorar a saúde geral. A aquisição de práticas alimentares saudáveis na infância é determinante para a saúde das crianças e, posteriormente, para a sua saúde enquanto adultos. A Direção Geral de Saúde, defende que a alimentação: *“assegura a sobrevivência do ser humano; fornece energia e nutrientes necessários ao bom funcionamento do organismo; contribui para a manutenção do nosso estado de saúde físico e mental; desempenha um papel fundamental na prevenção de certas doenças, como por exemplo, obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes e certos tipos de cancro; e contribui para o adequado crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes.”* (Candeias, Nunes, Morais, Cabral & Silva, 2005, pp. 5).

Em todas as fases de desenvolvimento das crianças a alimentação saudável é um determinante fundamental para um crescimento e desenvolvimento saudáveis e para a manutenção da saúde. Para tal, o consumo de alimentos deverá ser sempre adequado às necessidades das crianças, incluindo diferentes nutrientes pertencentes aos diversos grupos alimentares, em porções equilibradas e variadas (Odgen, 2003).

### **1.2. Hábitos alimentares nas crianças em idade pré-escolar**

Durante a infância desenvolvem-se os hábitos alimentares que tendem a persistir na idade adulta. Um hábito é a disposição duradoura adquirida pela repetição frequente de um comportamento. Assim, um hábito alimentar será o que as pessoas costumam comer, relacionando-se com a forma como selecionam, consomem e utilizam os alimentos.

Os hábitos alimentares das crianças pré-escolares são maioritariamente determinados pelos adultos (pais e responsáveis pelas refeições escolares), embora as suas preferências influenciem, em parte, as escolhas feitas pelos pais, e aquilo que a criança de facto ingere, de entre o que lhe é oferecido aquando das refeições.

As crianças começam a receber a alimentação complementar ao leite materno a partir dos seis meses de idade e as atitudes em relação à comida começam a ser geradas nessa altura (Mintz, 2001), passando do consumo de apenas um alimento para uma alimentação cada vez mais semelhante à do adulto (Birch, Savage & Ventura, 2007). É a partir deste momento que se acentuam as diferenças alimentares, e são geradas as preferências por alguns alimentos em detrimento de outros. A base da formação dos hábitos alimentares são os sabores, o aspeto, a disponibilidade e a familiaridade com os alimentos, que vão ser desenvolvidos a partir da história pessoal e familiar da criança e da sua influência nas refeições diárias (Viana, 2002).

As crianças aprendem o que devem comer, quando devem comer e as quantidades que devem comer através das experiências diretas com a comida e pela observação dos hábitos alimentares das pessoas próximas, durante as refeições (Birch, Savage & Ventura, 2007). Após consolidados, esses hábitos são muitas vezes difíceis de serem mudados (Garine, 1995).

Assim sendo, a introdução de alimentos variados ao longo dos primeiros anos de vida, uma socialização alimentar correta (refeições em família e estruturadas), a disponibilização de uma variedade de alimentos saudáveis e um ambiente alimentar agradável, permitem à criança iniciar a aquisição das preferências alimentares responsáveis, em parte, pela determinação dos seus hábitos alimentares (Ramos & Stein, 2000). É nesta socialização alimentar, que a criança aprende a distinguir a sensação de fome e saciedade e desenvolve a perceção dos sabores, iniciando, também a formação dos seus comportamentos alimentares.

### **1.3. Comportamento alimentar nas crianças em idade pré-escolar**

O desenvolvimento do comportamento alimentar começa desde muito cedo, havendo algumas evidências que sugerem que a alimentação da mãe durante a gravidez e a amamentação podem influenciar o paladar das crianças, o que por sua vez pode afetar a formação das preferências alimentares e o desenvolvimento do comportamento alimentar da criança (Birch, 1999; Mennella & Beauchamp, 1996).

O comportamento alimentar é caracterizado por todas as formas de convívio com o alimento (Carvalho, Filgueiras, Neves, Coelho & Ferreira, 2013). São as respostas comportamentais associadas ao ato de alimentar-se, que se refletem na forma como a criança se comporta com os alimentos e age durante a refeição. Este é aprendido e evolui

desde que a criança tem os primeiros contactos com a comida (Viana, Santos & Guimarães, 2008).

Segundo Wardle e colaboradores (2001) o comportamento alimentar das crianças pode ser organizado em seis grandes áreas, que permitem caraterizar e identificar as diferenças individuais na relação com a alimentação: (1) a resposta à sensação de estar ou não satisfeito, ou seja, a capacidade da criança regular a comida consumida segundo a sua saciedade e fome - se a criança continua a comer apesar de já se sentir cheia, se se sente cheia antes de terminar a refeição ou se come menos quando há refeições próximas; (2) o prazer/preferência que tem em comer ou que manifesta por certos alimentos e sabores em detrimento de outros; (3) a comida como resposta a um estado emocional, onde os fatores de stresse emocional têm um papel inibidor ou estimulador do apetite, por exemplo, um estado emocional negativo pode ter como consequência uma maior ingestão ou, pelo contrário, uma menor ingestão por parte da criança; (4) o interesse na comida, que inclui a fome, o desejo e o prazer que a criança demonstra, ou não, pela alimentação; (5) o tempo da refeição e a velocidade com que come; e, por último, (6) o quão “esquisita” é com a comida e a preferência que tem por certos grupos limitados de alimentos, que a fazem extremamente seletiva nos alimentos que come, ou rejeita, e que na alturas das refeições se pode revelar sob a forma como se comporta e nas birras que faz quando não querer comer (Wardle, Guthrie, Sanderson & Rapoport, 2001; Viana, Sinde & Saxton, 2008).

As crianças apresentam uma predisposição inata para preferirem sabores doces (Birch, 1980) ou salgados, e para rejeitarem sabores amargos ou azedos (Beauchamp, Cowart, Mennella & Marsh, 1994, citado por Birch, 1998; Cowart, 1981). As crianças têm também predisposição para rejeitar novos alimentos (Benton, 2004), preferindo alimentos que lhes são familiares (Birch, 1979a, 1979b, citado por Birch, 1980). No entanto, a exposição repetida a determinados alimentos pode levar à sua aceitação e consumo, independentemente do seu sabor doce ou salgado (Birch, 1980; Birch, Gunder, Grimm-Thomas & Laing, 1998; Sullivan & Birch, 1990). Além disto, as crianças tendem a associar os alimentos ingeridos às consequências fisiológicas dos mesmos (Birch & Fisher, 1998), desenvolvendo preferências por alimentos que produzem consequências positivas de prazer e saciedade (Birch, 1998).

O comportamento alimentar da criança pré-escolar é determinado, em primeira instância, pela família da qual a criança é dependente e, secundariamente, pelas outras interações psicossociais e culturais da criança (Ramos & Stein, 2000). É a família que

determina o período das refeições (horário, estrutura), o que as constitui (tipo de alimentação) e que vai, por exemplo, coagir a criança a comer, mesmo quando já possa estar satisfeita ou, ao contrário, deixar a criança definir a quantidade e por vezes a qualidade dos alimentos que ingere.

A aprendizagem da criança é influenciada por diversos fatores internos e externos aos indivíduos, os quais estão sempre interrelacionados (Ramos & Stein, 2000). De entre os fatores internos destacam-se os fatores fisiológicos, designadamente as necessidades alimentares do indivíduo, que divergem consoante as características de idade e sexo, as experiências pessoais e o desenvolvimento psicológico (valores, crenças, atitudes e estilo de vida) (Mello, Luft & Meyer, 2004). Os fatores externos vão estar relacionados com os fatores familiares, culturais e contextuais que envolvem a criança. Os fatores familiares vão ser o próprio ambiente familiar durante as refeições e as suas características específicas, como as práticas alimentares dos pais, utilizadas para modelar o comportamento alimentar dos filhos, o ambiente emocional de que é composta a refeição (disposição emocional dos pais, e.g., conversação, brincadeira, zanga) (Benton, 2004; Mello *et al.*, 2004; Rossi, Moreira & Rauen, 2008; Viana, Candeias, Rego & Silva, 2009; Viana, Santos & Guimarães, 2008), a estrutura da refeição e quem nela participa (Patrick & Nicklas, 2005). As tradições familiares e a própria religião da família podem, também, influenciar o desenvolvimento dos comportamentos alimentares da criança, através do tipo de culinária praticada, das crenças familiares relacionadas com as refeições e do contexto sociocultural onde a criança vive. Estes aspetos podem ter um impacto nos alimentos comprados e influenciar o tipo de alimentos disponibilizados às crianças nas refeições e nos intervalos entre refeições, bem como exercer um papel no tamanho das porções e nas doses correspondentes a cada refeição.

Desta forma, o ambiente familiar nos primeiros anos de vida tem sido referido como tendo uma importância fundamental na aquisição dos comportamentos alimentares nas crianças, pois a dieta, o controlo do consumo dos alimentos, a disponibilidade dos alimentos no meio da criança e o papel da criança relativamente aos mesmos é realizada pelos pais, os responsáveis pela compra e produção das refeições (Aldridge, Dovey & Halford, 2009; Ramos & Stein, 2000; Birch, Savage & Ventura, 2007).

Os comportamentos alimentares podem ainda ter influência no peso da criança. Respostas positivas à comida, como o prazer por comer, a responsividade ao paladar dos alimentos e o consumo rápido dos alimentos vão promover a ingestão alimentar, ao mesmo tempo que a sensibilidade às pistas internas de saciedade ou a seletividade nos

alimentos que são consumidos estão, normalmente, associados a uma menor ingestão alimentar. Num ambiente em que existam múltiplas oportunidades para comer alimentos altamente palatáveis e energéticos, são estas respostas que vão determinar e moderar o risco para o ganho ou perda de peso (Webber, Hill, Saxton, Jaarsveld & Wardle, 2008).

À medida que vão crescendo, as crianças vão perdendo a resposta imediata às pistas de saciedade e fome. Perdem, também, a capacidade de autorregular, eficazmente, a energia consumida e a quantidade de comida necessária para se sentirem satisfeitos, porque a ingestão passa a estar dependente de outras pistas e influências, podendo levar a episódios de consumo excessivo de alimentos e subseqüentemente ao ganho de peso extra (Sleddens, Kremers & Thijs, 2008).

Estudos têm demonstrado que existem diferenças no comportamento alimentar de uma criança com excesso de peso e uma criança com peso saudável (Passos, Gigante, Maciel & Matijasevich, 2014).

Crianças com excesso de peso demonstram capacidades de resposta à saciedade inferiores (resposta interna à sensação de estar satisfeito), um apetite superior e maior prazer ao comer, quando comparadas com crianças com peso saudável (Sleddens, Kremers & Thijs, 2008), e muito mais acentuado quando comparado com crianças com baixo peso, fazendo com que, mesmo na ausência de fome, comam em maiores quantidades e demonstrem um maior interesse pela comida. Têm, também, tendência para comer mais depressa ao longo das refeições, estar mais suscetíveis às pistas externas dos alimentos, como o cheiro e a cor, e ter uma resposta alimentar superior quando emocionalmente fragilizadas (Webber *et al.*, 2008). Ou seja, ter o hábito de comer para lidar com diferentes estados emocionais (alegria, ansiedade e stresse) (Passos *et al.*, 2014). Pelo contrário, crianças com baixo peso, são regularmente mais seletivas em relação à alimentação, demoram mais tempo a terminar as refeições, consomem refeições pequenas, com número restrito de alimentos e sentem-se satisfeitas após o consumo de poucas quantidades de comida, refletindo, assim, um desinteresse pela comida (Webber *et al.*, 2008; Passos *et al.*, 2014).

Apenas a partir da pré-adolescência se começam a notar diferenças no comportamento alimentar entre género (Passos *et al.*, 2014), pois é durante esta etapa do desenvolvimento que as jovens do sexo feminino se começam a preocupar com questões como a autoimagem corporal, que levam a atitudes de restrição alimentar e aumento do cuidado com a estética, que em crianças com as idades entre os 4 e os 5 anos ainda não existem.

## **1.4. Influência dos pais no desenvolvimento da alimentação das crianças**

Como anteriormente referido, o comportamento alimentar e os hábitos alimentares das crianças vão ser influenciados pela família, especificamente pelos pais. Na infância, a transição para uma dieta variada é moldada pelas decisões dos pais relativamente ao tipo de alimentação seguida (Birch & Fisher, 1998).

Desta forma são os pais os primeiros educadores nutricionais dos filhos, influenciando, através de diversas variáveis (Johannsen, Johannsen & Specker, 2006), a sua alimentação, e eventualmente o peso: através das escolhas dos alimentos que compram e disponibilizam às crianças, do que comem em frente das crianças, dos seus próprios comportamentos alimentares e das práticas que escolhem e utilizam para reforçar os comportamentos e hábitos alimentares que acham adequados (Birch, Savage & Ventura, 2007). São os pais que servem de modelo para as crianças e estabelecem as regras e estratégias, influenciando o desenvolvimento dos padrões de aceitação, do controlo do consumo e das preferências alimentares (Benton, 2004; Birch, 2002; Bowne, 2009; Ramos & Stein, 2000; Rossi, Moreira & Rauhen, 2008; Vereecken & Maes, 2010; Viana *et al.*, 2009).

As dificuldades que todos os pais enfrentam, quando tentam educar os seus filhos para uma alimentação saudável, envolvem conseguir que as crianças aceitem uma alimentação variada, diversificando as suas preferências e adquirindo hábitos alimentares mais adequados. O padrão alimentar das crianças requer a participação ativa dos pais, pois são as interações familiares que vão afetar o comportamento e os hábitos alimentares da criança, são as práticas que os pais utilizam na hora da refeição, para ensinar e reforçar as crianças sobre o que comer, quando comer e como comer, que desempenham um papel preponderante no desenvolvimento do comportamento alimentar infantil (Ramos & Stein, 2000).

### **1.4.1. Práticas parentais de alimentação**

As práticas parentais usadas na alimentação, isto é, as estratégias utilizadas pelos pais para alcançar certos objetivos por si estabelecidos para a alimentação dos seus filhos, como a forma correta de se comportar à mesa e o que comer, vão variar de acordo com as perceções das ameaças a esses objetivos, relacionadas com a saúde e com desenvolvimento. As práticas são influenciadas pelas características da criança, como a idade, o sexo, o comportamento alimentar e o seu peso (Ventura & Birch, 2008). Assim

sendo, pais e filhos reagem e afetam os comportamentos e hábitos alimentares uns dos outros.

Como após o primeiro ano de vida há uma desaceleração normal do crescimento, sendo habitual uma diminuição do apetite e um menor interesse pela comida, a preocupação parental aumenta e leva, muitas vezes, à utilização de práticas contraproducentes, através da criação de conflitos e práticas persuasivas, ou mesmo coercivas, que tendem a produzir um efeito contrário ao desejado (Cordeiro, 2005). Os pais podem ser responsáveis por proporcionar ambientes que promovam o desenvolvimento de comportamentos alimentares saudáveis, mas também ambientes que promovam as perturbações alimentares (Scaglioni, Salvioni & Galimberti, 2008).

Segundo Birch, Savage & Ventura (2007) os pais preocupados com a dieta e peso dos seus filhos, podem tentar limitar o que é consumido e as quantidades, forçando hábitos mais saudáveis ou recompensando o consumo de alimentos mais saudáveis, obtendo, muitas vezes, resultados desfavoráveis e distantes do pretendido.

À medida que as crianças são pressionadas e coagidas a comer um determinado alimento, que os pais acreditam ser bom para o seu desenvolvimento, a sua preferência por esse alimento diminui, e o que a criança aprende com estas interações, nem sempre é o pretendido, aprendendo a gostar menos dos alimentos consumidos por coação, desencadeando uma resposta de oposição e passando a detestar o alimento.

As práticas parentais devem ser utilizadas de uma forma eficaz para surtirem um efeito positivo no comportamento alimentar da criança. Quando mal utilizadas ou quando usadas em excesso e de uma forma muito rígida, podem afetar a autorregulação, ou seja, a capacidade da criança regular a ingestão de comida em resposta à densidade energética da mesma, fazendo com que se foque em pistas externas e não nas pistas de fome e saciedade (Carper, Fisher & Birch, 2000; Johnson & Birch, 1994). Muitas vezes, os esforços dos pais para a prevenção dos problemas alimentares nos filhos, têm um efeito contrário ao esperado (Birch & Fisher, 1998; Viana et al., 2009), contribuindo para a desregulação do peso dos filhos e futuros problemas de saúde, como a obesidade (Johannsen, Johannsen & Specker, 2006).

Um grande número de práticas parentais, relacionadas com a alimentação, já foi estudado. Entre as mais estudadas destaca-se o controlo da alimentação, ou seja, o controlo da quantidade de comida ingerida pela criança e o controlo da variedade de alimentos disponíveis no contexto familiar (Francis, Hofer & Birch, 2001). Este construto engloba a restrição, ou seja, a limitação, por parte do adulto, de certos tipos de alimentos

(sal, açúcar, chocolates, refrigerantes), impedindo que a criança os consuma no dia-a-dia (Birch, Fisher, Markey, Grimm Thomas, Sawyer & Johnson, 2001), a pressão para comer, prática normalmente utilizada durante as refeições e que funciona como tentativa de ignorar as pistas internas de saciedade da criança, obrigando-a a comer (Birch, McPhee, Shoba, Steinberg & Krehbiel, 1987), e a utilização da recompensa (controle da ingestão de comida, recompensando o consumo de comida saudável, e.g., “Se comeres os legumes podes comer o gelado.”).

Contrariamente às crenças parentais existentes sobre a eficácia do controlo parental na modificação das preferências alimentares dos filhos, esta prática apresenta efeitos adversos. Se são os pais que gerem a quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos, existe uma limitação permanentemente nas escolhas da criança (Johnson & Birch, 1994), não permitindo que esta adquira autonomia, fazendo com que a criança nunca ponha em prática o seu poder de decisão com base em pistas internas de saciedade. A criança irá focar a sua atenção nas pistas externas, como o tamanho das porções, as recompensas dadas para que coma este ou aquele alimento e a obrigação de comer tudo o que tem no prato, o que dificulta a autorregulação da ingestão alimentar em fases posteriores do desenvolvimento e, mesmo enquanto criança, pode levar a problemas de regulação do peso.

A restrição de determinados alimentos é considerada como uma prática eficaz na diminuição da preferência por esses alimentos. Ao contrário das crenças dos pais, as comidas restritas tornam-se mais atrativas, captando mais a atenção das crianças, aumentando o seu consumo, em situações em que não há qualquer tipo de restrição (Fisher & Birch, 1999), não permitindo que a criança desenvolva a sua capacidade de autorregulação alimentar (Birch *et al.*, 2001). Carper, Fisher e Birch (2000) verificaram que é também a restrição que leva ao maior consumo alimentar na ausência de fome, principalmente quando há disponibilidade de alimentos (*snacks*) e quando os pais ou cuidadores não estão presentes. A restrição excessiva de acesso e consumo aos alimentos preferidos pelas crianças pode promover a preferência e o consumo em excesso desses alimentos quando disponibilizados à criança. Da mesma forma, forçar a criança a comer vegetais e frutas, alimentos que em geral, não são os preferidos, tende a reduzir o seu consumo voluntário. A investigação tem demonstrado que quanto maior o controlo alimentar e a restrição do que a criança come e das quantidades de comida que ingere diariamente, mais desencadeiam na criança atitudes alimentares disfuncionais (Birch & Fisher, 1998).

A prática da pressão para comer apresenta duas vertentes, a pressão para ingerir mais alimentos (e.g., “tens que comer tudo o que está no prato”) ou a pressão para comer mais alimentos saudáveis (Rochinha & Sousa, 2012). É utilizada, normalmente, quando as crianças comem muito lentamente, têm uma alimentação pouco saudável ou exibem comportamentos que os pais acham inadequados e que, conseqüentemente, tentam alterar (e.g., brincar com a comida, fazer birras à mesa).

A recompensa, por outro lado, é utilizada como uma forma de reforço, mas frequentemente, resulta no aumento da preferência pelos alimentos oferecidos como recompensa e não pelos alimentos cujo consumo é recompensado. A utilização desta prática produz um efeito imediato, mas de curto prazo, acabando por produzir efeitos adversos nas preferências de alguns alimentos, quando mal utilizadas (Rochinha & Sousa, 2012). Assim, o uso de alguns alimentos como recompensa para aumentar o consumo de outros alimentos faz com que as estratégias utilizadas se oponham ao estabelecimento de padrões alimentares nutritivos para a criança, acabando, na verdade, por produzir efeitos adversos nas suas preferências alimentares, pois as crianças aprendem a não gostar de certos alimentos e comidas para obter o reforço que foi dado previamente (Birch, 1998).

As práticas, acima descritas, ao incidirem em pistas externas para encorajar o consumo ou para o diminuir, tendem a ser responsáveis pela diminuição da responsividade das crianças à densidade energética (Birch, McPhee, Shoba, Steinberg & Krehbiel, 1987), bem como da sua capacidade para regular a energia consumida (Johnson & Birch, 1994). As práticas parentais de alimentação têm, assim, um papel importante em moldar a quantidade de comida ingerida pela criança e a capacidade da criança para controlar a ingestão de comida (Birch & Fisher, 1998).

Existem, no entanto, outras práticas menos estudadas, mas que podem ter um papel importante, positivo ou negativo, dependendo da forma como forem utilizadas, na relação alimentar pais-criança, tais como, a atribuição de controlo à criança, o uso de alimentos para regulação emocional, o encorajar o equilíbrio e a variedade, a qualidade do ambiente familiar, o envolvimento, a modelagem, a monitorização e o ensinar sobre a nutrição (Musher-Eizenman & Holub, 2007).

Ao atribuírem controlo à criança, os pais permitem que ela controle os comportamentos e interações alimentares, comendo o que quer, escolhendo que alimentos come às refeições e podendo comer *snacks* quando quiser (Musher-Eizenman & Holub, 2007). Contudo, uma vez que as crianças tendem a preferir e escolher alimentos não saudáveis, em detrimento do consumo de frutas e vegetais (por exemplo), a atribuição de

um controlo excessivo à criança pode levar à adoção e ao desenvolvimento de hábitos alimentares não saudáveis (Skinner, Carruth, Moran, Houck, Schmidhammer, Reed, Coletta, Cotter & Ott, 1998; Vereecken, Keukelier & Maes, 2004).

A regulação emocional diz respeito ao uso parental de comida para regular o estado emocional da criança, quando está agitada, irritada ou aborrecida, mesmo na ausência de fome (Musher-Eizenman & Holub, 2007). Esta prática tem sido relacionada com uma alimentação emocional por parte das crianças, com recurso a “comida de conforto” e com o comer mais, mesmo na ausência de fome (Blissett, Haycraft & Farrow, 2010; Braden, Rhee, Peterson, Rydell, Zucker & Boutelle, 2014; Carnell, Benson, Driggin & Kolbe, 2014; Evers, Stok & Ridder, 2010).

A prática encorajar equilíbrio e variedade refere-se à promoção parental de uma alimentação equilibrada, encorajando a criança a consumir alimentos saudáveis (Musher-Eizenman & Holub, 2007). Estudos têm verificado que estimular o consumo de alimentos saudáveis está associado a uma ingestão alimentar saudável e equilibrada (Gubbels, Kremers, Stafleu, Vries, Goldbohm, Dagnelie, Vries, Buuren & Thijs, 2011).

O ambiente providenciado pelos pais vai influenciar as preferências alimentares da criança e os seus padrões de aceitação de comida, através da disponibilidade e acessibilidade de alguns alimentos em casa (Birch & Fisher, 1997; Wardle, 1995).

A prática alimentar envolvimento refere-se ao encorajamento parental para envolver a criança nas compras de supermercado e no planeamento e preparação dos alimentos (Musher-Eizenman & Holub, 2007), induzindo um sentimento de decisão e controlo. Um estudo recente (Horst, Ferrage & Rytz, 2014) indicou que as crianças que ajudavam os pais na preparação das refeições comiam mais salada, frango e menos calorias no geral, quando comparadas a crianças não envolvidas na preparação.

As crianças aprendem não apenas através das suas próprias experiências, mas também através daquilo que observam. Os comportamentos alimentares dos outros podem servir como modelos e influenciar a alimentação das crianças (Birch, 1980). Estudos mostraram que é mais provável que a criança coma um alimento novo e não familiar, quando o adulto também o come (Addessi, Galloway, Visalberghi & Birch, 2005). Mostraram, também, que as mães são modelos mais eficazes do que estranhos (Harper & Sanders, 1975, citado por Birch, 1980) e que as crianças mais novas são mais afetadas pela modelagem do que as crianças mais velhas (Birch, 1980; Harper & Sanders, 1975, citado por Birch, 1980). Uma vez que a ingestão alimentar das mães parece ter uma enorme influência nos hábitos alimentares das crianças mais novas (Vereecken, Keukelier

& Maes, 2004), os pais podem promover o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis ao modelarem a ingestão de alimentos saudáveis (Musher-Eizenman & Holub, 2007).

O uso de controlo moderado, como a monitorização do consumo de comida não saudável pode ser uma estratégia saudável e funcional (Haycraft & Blissett, 2008), associada a uma ingestão alimentar equilibrada.

A informação fornecida à criança sobre os alimentos (e.g., serem ou não saudáveis, ou terem um bom ou mau sabor) (Birch, 1999; Rossi, Moreira & Rauen, 2008), as técnicas didáticas utilizadas para encorajar o consumo de comidas saudáveis e variadas, o ambiente da própria refeição e os alimentos disponíveis em casa (excesso de doces, apenas comida saudável) têm, também, um impacto na alimentação da criança. As mensagens transmitidas pelos pais sobre o valor nutricional dos alimentos correlacionam-se positivamente com o conhecimento nutricional das crianças, sugerindo a sua importância para o desenvolvimento da consciência nutricional dos filhos (Anliker, Laus, Samonds & Beal, 1990).

É possível verificar que a resposta dos pais ao apetite dos filhos vai ter consequências importantes, sejam positivas ou negativas, no desenvolvimento dos seus hábitos e comportamentos alimentares. Desta forma as práticas parentais de alimentação podem ter influência no peso da criança. Assim, alguns autores associaram a restrição com o aumento de peso nas crianças (Birch *et al.*, 2001; Clark, Goyder, Bissell, Blank & Peters, 2007), enquanto outros relacionam estas práticas com a perda de peso (Birch & Davison, 2001, citado por Musher-Eizenman & Holub, 2007). A pressão para comer tem sido relacionada com um baixo IMC nas crianças (Birch *et al.*, 2001; Blissett & Haycraft, 2008; Galloway, Fiorito, Francis & Birch, 2006). Por último, a regulação emocional está associada com o desenvolvimento de comportamentos alimentares que podem conduzir à obesidade (Rodgers, Paxton, Massey, Campbell, Wertheim, Skouteris & Gibbons, 2013).

As práticas parentais de alimentação podem variar consoante determinadas características dos pais, como o género, o nível de escolaridade, o peso e o nível socioeconómico, bem como características das próprias crianças, como o género, a idade e o peso.

Alguns estudos têm encontrado diferenças nas práticas parentais de alimentação usadas pelos pais. Em geral, as mães recorrem mais ao uso de diversas práticas durante as refeições do que os pais (Orrell-Valente, Hill, Brechwald, Dodge, Pettit & Bates,

2007); monitorizam mais os filhos do que os pais, independentemente do género dos filhos (Blissett & Haycraft, 2008; Blissett, Meyer & Haycraft, 2006); e reportam mais o uso de restrição alimentar do que os pais (Johnson & Birch, 1994). Pelo contrário, Johannsen e colaboradores (2006) demonstraram que ambos os progenitores mostram o mesmo nível de controlo exercido na alimentação dos filhos.

Da mesma forma, tem-se verificado que os pais utilizam estratégias diferentes consoante o género das crianças, demonstrando que as mães elogiam mais frequentemente as raparigas quando elas comem e oferecem-lhes mais recompensas para que comam, do que aos rapazes, enquanto os pais usam mais a pressão para comer com os rapazes, do que com as raparigas.

No que toca às diferenças socioeconómicas, verifica-se que as famílias de estatuto socioeconómico mais elevado têm mais probabilidade de usar o elogio e as recompensas, do que as de estatuto mais baixo, bem como a restringir as porções de comida (Orrell-Valente *et al.*, 2007). Em relação ao nível de escolaridade, para ambos os pais, um nível de educação mais elevado foi associado ao uso de maior restrição (Fisher & Birch, 1999). Alguns estudos têm, também, demonstrado que as mães com maior escolaridade recorrem menos a estratégias permissivas, elogiam mais a criança pelo consumo de fruta e vegetais e, na presença dos filhos, tendem a não consumir doces. Quando comparadas com mães com um nível de escolaridade inferior tendem a encorajar mais o consumo de alimentos saudáveis através da negociação com os filhos (Fisher & Birch, 1999). O nível de educação do pai apenas foi associado inversamente com a monitorização da ingestão alimentar (Gubbels *et al.*, 2011).

Como referido anteriormente, algumas práticas parentais podem ter um efeito contrário ao desejado e provocar excesso de peso, problemas de saúde e má autorregulação alimentar na criança. As crianças têm a tendência para comer em demasia, quando em contextos onde existem alimentos com alto teor energético e açucarado. Se os pais não monitorizarem ou controlarem as crianças nestes contextos é natural que a criança exagere nos alimentos consumidos, por serem os mais desejados e normalmente restritos (Jansen, Tharner, Ende, Wake, Raat, Hofman, Verhulst, Ijzendoorn, Jaddoe & Tiemeier, 2014).

No entanto, os pais tendem a ser sensíveis ao peso dos seus filhos e tentam normalizar e adequar o peso da criança para a idade através das práticas parentais que utilizam e da regulação da comida que é ingerida diariamente (Jansen *et al.*, 2014). Desta forma, as práticas parentais vão ser influenciadas pelo estado nutricional da criança

(IMC). Os pais vão responder e adequar as práticas que utilizam consoante o comportamento alimentar da criança e o peso e a sua adequação à idade (Jansen *et al.*, 2014). Ou seja, por exemplo, os pais vão ter tendência para utilizar práticas parentais de pressão alimentar quando sentirem que os seus filhos têm o peso inferior ao esperado na sua faixa etária ou, pelo contrário, utilizar práticas parentais de restrição alimentar em filhos com excesso de peso.

## **2. OBJETIVOS**

O presente trabalho integra-se num estudo mais vasto, cujo objetivo é explorar o desenvolvimento do comportamento alimentar e a influência parental sobre o mesmo, realizada em conjunto com outra estudante de Mestrado, Beatriz Francisco.

### **2.1. Objetivo geral**

O presente estudo tem como objetivos caracterizar os comportamentos e hábitos alimentares numa amostra de crianças em idade pré-escolar e as práticas parentais relacionadas com a alimentação dos pais destas crianças e explorar as relações entre estas dimensões.

### **2.2. Objetivos específicos**

1. Estudo preliminar da versão portuguesa do Questionário Completo de Práticas Parentais – Revisto (Musher-Eizenman & Holub, 2007).
2. Avaliar os comportamentos alimentares, os hábitos alimentares e as práticas parentais relacionadas com a alimentação dos filhos:
  - a) Caracterizar os hábitos alimentares de um grupo de crianças, em idade pré-escolar;
  - b) Caracterizar o comportamento alimentar de um grupo de crianças, em idade pré-escolar;
  - c) Caracterizar as práticas parentais relacionadas com a alimentação dos filhos;
  - d) Explorar a associação entre o comportamento alimentar e os hábitos alimentares das crianças pré-escolares;
  - e) Explorar a associação entre o comportamento alimentar da criança e o estado nutricional (IMC);

- f) Explorar a associação entre as práticas parentais, o comportamento alimentar e os hábitos alimentares dos seus filhos.

O presente estudo de caráter quantitativo incluiu: 1) estudos preliminares do Questionário Completo de Práticas Parentais – Revisto; 2) análise estatística descritiva e exploratória (medidas de tendência central e dispersão) e análise estatística inferencial (medidas de comparação de grupos e medidas de associação).

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Amostra**

Para o estudo preliminar da adaptação portuguesa do Questionário Completo de Práticas Parentais – Revisto, utilizou-se uma amostra de 256 pais de crianças em idade pré-escolar (entre os 3 e os 6 anos de idade).

Para a segunda parte do estudo e tendo em conta as respostas omissas, alguns questionários tiveram de ser eliminados, ficando a amostra final constituída por 222 pais de crianças em idade pré-escolar. Os participantes eram predominantemente mães (87,7%), 10,4% eram pais e 0,5% os outros familiares que cuidavam diariamente da criança. As crianças tinham entre os 3 e os 6 anos ( $M=4,44$ ;  $DP=0,93$ ), com uma distribuição equilibrada de rapazes ( $n=107$ ) e raparigas ( $n=113$ ).

#### **3.2. Instrumentos de recolha de dados**

##### **3.2.1. Questionário sobre Dados Sociodemográficos e Estatuto Ponderal**

O questionário sobre os dados sociodemográficos foi construído para se obter informações sobre os pais e sobre as crianças da amostra.

Na primeira parte foi solicitada informação sobre a idade da criança, data de nascimento e sexo, o peso e altura, com quem coabitava e o número de pessoas no agregado familiar. A segunda parte dizia respeito ao adulto que respondia ao questionário e era solicitado o grau de parentesco em relação à criança, a idade e os anos de escolaridade. (*Anexo 1*)

IMC (Índice de Massa Corporal) é uma medida da proporção massa-estatura, que tem sido considerado um indicador da gordura corporal em crianças (Dietz & Bellizzi, 1999; Lobstein, Baur & Uauy, 2004). O IMC permite a utilização de critérios de

diagnóstico do estado nutricional da criança (e.g., baixo peso, peso normal, pré-obesidade e obesidade) e foi calculado para cada criança, recorrendo-se às normas do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, 2015) e obedecendo à fórmula de cálculo:  $\text{peso (Kg)} / (\text{altura (m)})^2$ . Neste estudo, a avaliação do IMC foi realizada com base no peso e altura indicados pelos pais, pelo que não foi avaliado diretamente, e o estado nutricional da criança foi classificado com base nos percentis obtidos. Crianças com um percentil acima de 85 foram classificadas como tendo excesso de peso, crianças com um percentil abaixo de 5 foram classificadas como tendo um baixo peso e as restantes crianças foram classificadas como tendo um peso normal.

### 3.2.2. Questionários dos Hábitos Alimentares (QHA)

O Questionário dos Hábitos Alimentares foi desenvolvido por Gomes, Pereira e Barros (2012), para avaliar os padrões de ingestão de alimentos saudáveis e não saudáveis em crianças em idade pré-escolar. O preenchimento é realizado pelos pais ou pelo tutor da criança e pretende avaliar a qualidade dos hábitos alimentares das crianças, tendo em consideração linhas orientadoras nacionais e internacionais para a dieta de crianças pré-escolares.

Originalmente, incluía questões relacionadas com a frequência com que eram consumidos 17 alimentos específicos, incluindo alimentos que apenas devem ser consumidos raramente (e.g., doces), moderadamente (e.g., carnes vermelhas) e variadamente (e.g., vegetais). Os pais respondiam de acordo com uma escala de Likert de 4 pontos (nunca; 1-2 vezes por semana; 3-4 vezes por semana; todos os dias).

Uma análise fatorial exploratória resultou na eliminação de vários itens e na extração de apenas dois fatores: alimentos saudáveis (e.g., sopa, fruta, vegetais e peixe) e alimentos não saudáveis (e.g., sobremesas, doces, *fast food*, refrigerantes). Apesar do alfa de Cronbach's relativamente baixo para estes dois fatores (alimentos saudáveis  $\alpha = 0,51$ ; alimentos não saudáveis  $\alpha = 0,57$ ), considerando o número reduzido de itens para cada fator e a correlação inter-itens (superior a 0,2 para cada fator), é possível concluir que ambos os fatores apresentam uma consistência interna aceitável. Para ambas as escalas foi também obtido um bom valor na análise teste-reteste ( $r_s = 0,79$ ,  $P < 0,01$  e  $r_s = 0,46$ ,  $P < 0,05$  para as escalas alimentos saudáveis e alimentos não saudáveis, respetivamente).

### 3.2.3. Questionário do Comportamento Alimentar (QCA)

Com o objetivo de investigar e avaliar como se comportam as crianças face a alimentação do dia-a-dia, Wardle, Guthrie, Sanderson & Rapoport (2001) desenvolveram o Questionário do Comportamento Alimentar, adaptado para a língua Portuguesa por Viana e Sinde (2008). É um questionário que utiliza a informação dos cuidadores para obter informações sobre o comportamento alimentar das crianças.

O questionário é composto por 35 itens que avaliam oito dimensões: (1) a Resposta à Saciedade [SR], composta por 5 itens, avaliando a sensibilidade interna quanto à sensação de saciedade, auxiliando, a avaliação do controlo alimentar e avaliando a capacidade de “contra regulação” da ingestão, ou seja, a regulação do apetite de modo a compensar uma refeição anterior (e.g. “*O meu filho(a) fica cheio(a) antes de terminar a refeição*”); (2) a Ingestão Lenta [SE], composta por 4 itens, avaliando o desinteresse pela comida e a velocidade com que a criança come (e.g. “*O meu filho(a) come vagarosamente*”); (3) a Seletividade [FF], composta por 6 itens, que avaliam o interesse da criança na comida e preferência por um grupo muito limitado de alimentos (e.g. “*Perante novos alimentos o meu filho(a) começa por recusá-los*”); (4) a Resposta à Comida [FR], composta por 5 itens, associados à vontade de comer da criança e à influência dos atributos externos dos alimentos, ou de fatores sociais, no apetite e ingestão (e.g. “*O meu filho(a) está sempre a pedir comida*”); (5) o Prazer em Comer [EF], composta por 4 itens, avaliando a satisfação que a criança tira em comer (e.g. “*O meu filho(a) adora comida*”); (6) o Desejo de Beber [DD], composta por 3 itens, associados à atração pela ingestão de bebidas açucaradas, tais como refrigerantes e sumos (e.g. “*Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) passaria o dia a beber continuamente (refrigerantes ou sumos)*”); (7) a Sobreingestão Emocional [EOE] (e.g. “*O meu filho(a) come mais quando está aborrecido*”) e a (8) a Subingestão Emocional [EUE] (e.g. “*O meu filho(a) come menos quando está zangado*”), ambas compostas por 4 itens, avaliando a reatividade emocional à comida, ou seja, o efeito de fatores de stresse emocional, que em alguns indivíduos é inibidor do apetite e noutros estimula o apetite, estando relacionados com fatores internos (Coelho & Pires, 2014).

A adaptação à população Portuguesa de Viana e Sinde (2008), foi realizada com uma amostra de 249 crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 13 anos de idade e respetivas mães. Segundo estes autores, as oito subescalas que constituem o instrumento podem ser categorizadas em dois grupos: o grupo atração pela comida, que engloba as

escalas EF, FR, EOE e DD e o grupo evitamento da comida que diz respeito às escalas SR, SE, FF e EUE. Os autores optaram pela associação de dois fatores, tal como tinham feito os autores originais (Wardle *et al.*, 2001), o Prazer em Comer (EF) e a Resposta à comida (FR), pela semelhança entre os conteúdos dos itens das respetivas subescalas, apesar da análise da homogeneidade e da consistência interna sustentarem a hipótese da independência das duas diferentes subescalas, de acordo com os pressupostos teóricos.

Relativamente à consistência interna, Viana e Sinde (2008) verificaram que as subescalas assumiam valores de alfa de Cronbach altos, sendo o valor mais baixo na subescala Subingestão Emocional ( $\alpha=0,70$ ) e o mais alto na subescala Prazer em Comer ( $\alpha=0,89$ ).

#### 3.2.4. Questionário Completo de Práticas Parentais – Revisto (QCPP-R)

O Questionário Completo de Práticas Parentais foi desenvolvido por Musher-Eizenman e colaboradores (2007) e a versão portuguesa foi realizada por Barros e Francisco (2016), com o objetivo de validar e desenvolver uma medida de autorrelato mais completa das práticas parentais alimentares. Pretendia ultrapassar algumas das limitações das escalas já existentes, como por exemplo, a excessiva ênfase no construto de controlo parental e a indiferença para com os construtos de modelagem parental, de exposição à comida e de conhecimento nutricional. Pretendia, ainda, abranger a complexidade do construto da restrição alimentar.

O questionário desenvolvido por Musher-Eizenman e colaboradores (2007) tinha como objetivos desenvolver uma escala psicométrica válida que medisse, de uma forma adequada, o controlo alimentar e representasse, de uma forma mais completa, as práticas influentes nas crianças.

Na criação do questionário estiveram envolvidos 3 estudos. O primeiro incluiu 269 mães e 248 pais com crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos e tinha o objetivo de avaliar e validar os itens do questionário, gerados a partir da literatura sobre alimentação infantil. O questionário inicial era composto por itens de algumas das subescalas do “*Child Feeding Questionnaire*” (tais como monitorização, restrição e pressão para comer), e do “*Preschooler Feeding Questionnaire*” (tais como itens relacionados com o uso de comida para regular os estados emocionais das crianças e o controlo que a criança tem). Foram ainda retirados itens relacionados com o uso de comida como recompensa de ambos os questionários. Foram, também, criados sete itens para complementar as subescalas existentes. Foram utilizados dois formatos de resposta,

dependendo se o item avaliada a frequência ou o grau, que se mantém na versão final do questionário. A análise fatorial confirmatória encontrou 11 fatores. Os itens que não apresentavam uma correlação item-total significativa com os fatores esperados e os fatores em que restava apenas um item foram eliminados, resultando assim 36 itens e 9 subescalas: (1) monitorização; (2) regulação emocional; (3) comida como recompensa; (4) controlo da criança; (5) modelagem; (6) restrição alimentar pela saúde; (7) restrição para controlo do peso; (8) ensinar nutrição; e (9) encorajar o equilíbrio e a variedade. Durante esta validação, os autores descobriram vários problemas com o questionário, relativamente à confusão dos itens e à variabilidade baixa (Musher-Eizenman & Holub, 2007).

O segundo estudo foi realizado para tentar responder aos problemas levantados após a validação inicial e por ainda existirem construtos que não eram avaliados pelas subescalas obtidas, especificamente o construto da pressão para comer e a promoção de um ambiente saudável. Foi constituído por 33 mães e pais com crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 6 anos, a quem foram solicitadas respostas abertas sobre as práticas de alimentação parentais que usam, com vista a desenvolver novas subescalas e a melhorar as subescalas já existentes. Foi pedido aos pais que listassem comportamentos parentais que promovessem o desenvolvimento de atitudes alimentares saudáveis na criança e comportamentos que originassem atitudes inversas. A maioria das respostas foram integradas nas 11 subescalas teóricas já existentes e foram originados itens que complementaram algumas dessas subescalas. As restantes respostas originaram três novas subescalas que compreendiam a rotina alimentar, a apresentação da comida e o envolvimento das crianças na seleção e preparação da comida.

No terceiro estudo, a amostra foi constituída por 152 mães com crianças com idades entre os 18 meses e os 8 anos. Foram mantidos os 36 itens do primeiro estudo e foram adicionados itens para complementar essas subescalas. Três novos itens para suportar o construto envolvimento da criança foram adicionados ao questionário (“Eu envolvo o meu filho no planeamento das refeições”). Os pais responderam, também, a itens de três escalas de atitude: preocupação com o excesso de peso; preocupação com o baixo peso; responsabilidade pela alimentação dos filhos. Da análise fatorial exploratória resultaram 12 subescalas (49 itens), que na sua maioria, apresentavam bons valores do alfa de *Cronbach*. Foram analisadas as correlações entre as subescalas: monitorização correlacionou-se positivamente com o criar um ambiente positivo, com a modelagem e com o encorajar o equilíbrio e variedade, e negativamente com a comida para regulação

emocional, comida como recompensa e controlo da criança; modelagem, encorajar de equilíbrio e variedade e o envolvimento da criança na preparação foram também correlacionadas positivamente entre elas, e com o ensinar nutrição, e a criação de um ambiente saudável; restrição para controlo de peso e restrição por motivos de saúde correlacionaram-se positivamente uma com a outra; restrição para controlo de peso correlacionou-se positivamente com comida como recompensa; restrição por razões de saúde correlacionou-se positivamente com regulação emocional e comida como recompensa. Por fim foi avaliada a preocupação com a criança ter excesso de peso ou falta de peso e a responsabilidade face a alimentação da criança. Os resultados do estudo demonstraram que pais mais preocupados com o excesso de peso dos filhos reportaram práticas parentais mais restritivas e, pais preocupados com a falta de peso dos filhos aplicavam mais práticas parentais de pressão alimentar (Musher-Eizenman & Holub, 2007).

No final as 12 subescalas do questionário apresentavam bons alfas de *Cronbach*, em que a escala com o alfa mais baixo era o Encorajamento do Equilíbrio e Variedade ( $\alpha=0,58$ ). As 12 subescalas utilizadas no estudo de Musher-Eizenman e colaboradores (2007) e para os estudos preliminares foram: (1) controlo da criança ( $\alpha=0,69$ ), composta por 4 itens, que diz respeito aos pais permitirem que a criança controle os comportamentos e interações alimentares (e.g., “*Deixa o seu filho comer aquilo que quer?*”); (2) regulação emocional ( $\alpha=0,74$ ), composta por 3 itens, que avaliam o reconforto que a comida fornece às crianças, quando estas estão num estado emocional mais vulnerável e o uso parental de comida para regular esse estado emocional da criança (e.g., “*Quando o seu filho fica irritado/a, a primeira coisa que faz é dar-lhe algo para comer ou beber?*”); (3) encorajar equilíbrio e variedade alimentar ( $\alpha=0,58$ ), composta por 4 itens, que se refere à promoção parental de uma alimentação equilibrada (e.g., “*Encoraja o seu filho a comer alimentos saudáveis antes dos alimentos não saudáveis?*”); (4) ambiente ( $\alpha=0,75$ ), composta por 4 itens, avaliando o tipo de alimentos (saudáveis ou não saudáveis) disponibilizados, pelos pais, em casa (e.g., “*A maior parte da comida que eu tenho em casa é saudável*”); (5) comida como recompensa ( $\alpha=0,69$ ), composta por 3 itens, que avaliam o uso parental de comida como recompensa em resposta ao comportamento da criança (e.g., “*Ofereço doces (rebuçados, gelados, bolos, pastelaria, etc.) ao meu filho como recompensa pelo seu bom comportamento*”); (6) envolvimento ( $\alpha=0,77$ ), composta por 3 itens, que avaliam o encorajamento parental para a criança se envolver no planeamento e preparação das refeições (e.g., “*Envolvo o meu filho no planeamento das refeições*”); (7) modelagem

( $\alpha=0,80$ ), composta por 4 itens, avaliando a modelagem parental de comportamento alimentares saudáveis (e.g., “*Sirvo de modelo de alimentação saudável para o meu filho, porque como alimentos saudáveis*”); (8) monitorização ( $\alpha=0,81$ ), composto por 4 itens, relativos ao controlo parental da ingestão de comidas menos saudáveis por parte da criança (e.g., “*Costuma controlar os alimentos ricos em gordura que o seu filho come?*”); (9) pressão alimentar ( $\alpha=0,79$ ), composta por 4 itens, avaliando a pressão exercida pelos pais nos filhos para que comam mais durante as refeições (e.g., “*O meu filho deve comer sempre toda a comida que tem no prato*”); (10) restrição alimentar por motivos de saúde ( $\alpha=0,81$ ), composta por 4 itens, que avalia o controlo parental de comida com o objetivo de limitar o acesso a alimentos menos saudáveis (e.g., “*Se eu não orientasse ou regulasse o que o meu filho come, ele comia demasiado das suas comidas favoritas*”); (11) restrição alimentar para controlo do peso ( $\alpha=0,70$ ), composta por 8 itens, que avalia o controlo parental da alimentação da criança, com o objetivo de diminuir ou manter o peso (e.g., “*Tenho de me assegurar que o meu filho não come demasiados alimentos ricos em gordura*”); e (12) ensinar sobre nutrição ( $\alpha=0,68$ ), composta por 3 itens, que avaliam o uso parental de técnicas didáticas para encorajar o consumo de alimentos saudáveis (e.g., “*Converso com o meu filho sobre porque é importante comer alimentos saudáveis*”).

A resposta aos itens é feita de acordo com uma escala tipo Likert de 5 pontos, em que o 1 corresponde ao “*nunca*”/”*discordo*” e o 5 corresponde ao “*sempre*”/”*concordo*” e as pontuações mais altas vão estar associadas ao uso da prática parental ligada ao item

Burk (2005) utilizou o Questionário das Práticas Parentais e testou-o, numa amostra de 139 mães e pais, com estatuto socioeconómico médio-baixo, com crianças de idades compreendidas entre os 3 e os 11 anos, para analisar a validade do questionário numa população diferente da do estudo original, que incluiu uma população caucasiana de estatuto socioeconómico elevado, bem como proceder ao uso de um método de análise fatorial confirmatória, que força os itens a saturarem em componentes pré-designados. A análise em componentes principais não permitiu que se encontrasse uma estrutura fatorial adequada para a amostra estudada.

Neste trabalho os estudos preliminares (adiante descritos) levaram à não consideração, para as análises posteriores, de algumas subescalas que não mostraram consistência interna adequada.

### **3.3. Procedimentos de recolha de dados**

Este estudo faz parte de uma investigação mais alargada sobre os determinantes parentais do comportamento alimentar pré-escolar e, por isso, os dados foram recolhidos em conjunto com uma colega do Núcleo de Psicologia de Saúde e Doença, Beatriz Francisco.

Foi realizado um contacto presencial junto dos jardins-de-infância, explicando aos diretores os objetivos do estudo e o procedimento de recolha dos dados (Anexo 2). Foi pedido aos diretores das escolas que solicitassem a colaboração das educadoras de infância e que lhes fosse explicado o procedimento de entrega dos questionários aos pais.

Todos os pais das crianças a frequentar os jardins-de-infância que aceitaram participar receberam uma carta convite, onde eram descritos os objetivos do estudo, os procedimentos e os cuidados éticos, bem como a não obrigatoriedade de colaboração (Anexo 3) e que incluía uma ficha para o consentimento informado. Foi apresentada a disponibilidade das investigadoras para quaisquer esclarecimentos de dúvidas junto dos pais e dado o contacto para fácil acesso a ambas as investigadoras.

A recolha foi realizada em jardins-de-infância do Agrupamento de Escolas do distrito de Leiria e de uma Associação de Apoio Infantil e numa instituição particular de Lisboa. Foram enviados 527 envelopes, dos quais retornaram 262 preenchidos (49,72%).

Dos 262 indivíduos que responderam aos questionários, foram eliminados 40 participantes por os questionários se encontrarem muito incompletos ou incorretamente preenchidos.

Para o estudo da adaptação portuguesa do Questionário Completo de Práticas Parentais – Revisto, foram eliminados apenas 6 participantes, pois somente estes não estavam devidamente preenchidos.

### **3.4. Procedimentos de análise de dados**

Todas as análises foram realizadas com recurso ao *software* estatístico de tratamento de dados *IBM SPSS Statistics 21*.

Em relação aos valores omissos, quando estes correspondiam a menos de 10% dos itens dos questionários individuais, os dados omissos foram substituídos pela média individual da subescala correspondente (ou seja, a subescala à qual o item pertencia) de cada questionário.

Para o estudo preliminar da adaptação do QCPP-R, procedeu-se a inversão de três itens de acordo com o estudo original (itens 16, 47 e 42). Dado não haver um número suficiente de sujeitos, optou-se por fazer apenas um estudo da consistência interna e correlação interitem, de forma a analisar se a estrutura encontrada no estudo original se mantinha nesta amostra.

Foram realizadas análises de estatística inferencial para verificar os pressupostos de aplicação de metodologias paramétricas ou não paramétricas, nomeadamente para verificar se a amostra, nas diferentes variáveis, apresentava uma distribuição normal (teste *Kolmogorov-Smirnov*, análise do histograma e simetria) e se existia homogeneidade das variâncias (teste de *Levene*).

Prosseguiu-se com a realização de análises não paramétricas, visto que os pressupostos de normalidade e homogeneidade de variâncias não se verificaram na maioria das subescalas das dimensões estudadas. Assim, para a análise das comparações entre as dimensões avaliadas pelos questionários, os dados sociodemográficos e o IMC da criança, procedeu-se ao teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney* e ao teste de *Kruskal-Wallis*, ambos para amostras independentes.

Para o estudo das associações entre as dimensões comportamentos alimentares, hábitos alimentares e práticas parentais de alimentação foi realizado o Coeficiente de Correlação de *Spearman*.

## **4. RESULTADOS**

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

### **4.1. Caracterização da amostra**

Na *Tabela 1* apresenta-se a caracterização da amostra, tanto das crianças como dos pais que responderam aos questionários (idade, sexo, IMC, grau de parentesco, anos de escolaridade e estrutura familiar).

Tabela 1: Caracterização da amostra – (n=222)

	<b>Frequência (%)</b>
<b>Idade criança – categorias</b>	
3 anos	41 (18,50%)
4 anos	72 (32,40%)
5 anos	80 (36,00%)
6 anos	29 (13,10%)
<b>Sexo*</b>	
Feminino	107 (48,20%)
Masculino	113 (50,90%)
NR	2 (0,90%)
<b>IMC da criança*</b>	
<u>Feminino</u>	
Baixo peso	11 (11,70%)
Peso normal	58 (61,70%)
Excesso de peso	25 (26,60%)
<u>Masculino</u>	
Baixo peso	7 (6,80%)
Peso normal	69 (67,00%)
Excesso de peso	27 (26,20%)
<b>Grau de parentesco*</b>	
Mãe	188 (84,70%)
Pai	23 (10,40%)
NR	11 (5,00%)
<b>Escolaridade*</b>	
<u>Mãe</u>	
Até ao 9º ano	41 (21,80%)
Concluiu 12 anos	68 (36,20%)
Concluiu ensino superior	78 (41,50%)
NR	1 (0,50%)
<u>Pai</u>	
Até ao 9º ano	6 (26,10%)
Concluiu 12 anos	12 (47,80%)
Concluiu ensino superior	5 (21,70%)
NR	1 (4,30%)
<b>Estrutura Familiar</b>	
Nuclear intacta	183 (82,50%)
Outras	33 (14,90%)
NR	6 (2,70%)

NR = Não Respondeu

\* Dados que não totalizam o *n* da amostra demonstram a existência de dados omissos

#### 4.2. Estudo preliminar do Questionário Completo das Práticas Parentais – Revisto (QCPP-R)

Na *Tabela 2* apresentam-se os valores dos alfas de *Cronbach* e da correlação interitem das subescalas do questionário, bem como o número de itens para cada subescala.

*Tabela 2: Consistência interna e correlação interitem das subescalas do QCPP-R (n=256)*

Subescalas	$\alpha$	Consistência interitem	Número de itens
Controlo da Criança	0,51	0,19	5
Regulação Emocional	0,88	0,70	3
Encorajar Equilíbrio e Variedade	0,54	0,25	4
Ambiente	0,45	0,17	4
Comida como Recompensa	0,50	0,26	3
Envolvimento	0,70	0,44	3
Modelagem	0,80	0,53	4
Monitorização	0,88	0,65	4
Pressão Alimentar	0,63	0,30	4
Restrição Alimentar por Motivos de Saúde	0,61	0,29	4
Restrição Alimentar para Controlo do Peso	0,82	0,34	8
Ensinar sobre Nutrição	0,39	0,22	3

Verificou-se que na subescala ensinar sobre nutrição, a eliminação de um item (item 42 – “Digo ao meu filho o que comer e o que não comer, sem explicações”), permitia um aumento do Alfa de *Cronbach* para 0,51 e uma correlação interitem de 0,44, pelo que este item foi eliminado. Ao analisar a consistência interna das subescalas, optou-se por não se incluir em análises posteriores as subescalas controlo da criança, ambiente, comida como recompensa e ensinar sobre nutrição, por apresentarem um alfa de *Cronbach* baixo, bem como uma baixa correlação interitem. As subescalas encorajar equilíbrio e variedade, apesar de apresentar alfa de *Cronbach* abaixo do desejável, apresenta uma correlação interitem aceitável ( $>0,20$ ), pelo que se optou por incluí-las nas

análises posteriores, apesar de estarmos conscientes da precaução necessária na consideração destes dados.

### 4.3. Caracterização dos hábitos alimentares

Atendendo à relevância destes resultados para o presente estudo e apesar de, os valores de consistência interna de ambas as subescalas do questionário (hábitos saudáveis  $\alpha=0,53$ ; correlação interitem de 0,23, para 4 itens / hábitos não saudáveis  $\alpha=0,54$ ; correlação interitem de 0,22, para 4 itens) serem relativamente baixos, tendo em conta o número reduzido de itens e o facto de os alfas encontrados serem próximos dos encontrados no estudo original (Gomes, Pereira e Barros, 2012), foram considerados os resultados relativos às duas subescalas dos hábitos alimentares.

Na *Tabela 3* são apresentadas as características da amostra quanto à dimensão dos Hábitos Alimentares, nomeadamente os valores da média, desvio-padrão, mínimo e máximo.

*Tabela 3: Hábitos Alimentares (QHA): Média, desvio-padrão e valores máximo e mínimo (n=222)*

	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
Hábitos Saudáveis	3,20	0,44	1,50	4,00
Hábitos Não Saudáveis	1,98	0,50	1,00	3,50

Verifica-se, a partir da *Tabela 3*, que os pais inquiridos relatam que os seus filhos ingerem mais frequentemente alimentos saudáveis do que alimentos não saudáveis. Os hábitos saudáveis e os hábitos não saudáveis apresentaram uma correlação negativa ( $r_s = -0,19$ ;  $\rho < 0,01$ ).

### 4.4. Caracterização dos comportamentos alimentares

Foram analisados os resultados nas seis subescalas do QCA. Obtiveram-se valores do alfa de *Cronbach* entre 0,76, para a subescala resposta à saciedade, e 0,88, para a subescala desejo de beber. Os valores da correlação interitem obtidos foram entre 0,39, para a subescala resposta à saciedade, e 0,71 para a subescala desejo de beber. Os valores de alfa obtidos são semelhantes aos encontrados por Viana e Sinde (2008).

Na *Tabela 4* são apresentadas as características da amostra quanto à dimensão dos Comportamentos Alimentares, nomeadamente os valores da média, desvio-padrão, mínimo e máximo.

*Tabela 4: Comportamento Alimentar (QCA): Média, desvio-padrão e valores máximo e mínimo (n=222)*

	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Resposta à Saciedade	2,80	0,66	1,00	4,80
Ingestão Lenta	3,00	0,80	1,25	5,00
Seletividade	2,85	0,66	1,00	4,33
Sobreingestão Emocional	1,79	0,63	1,00	3,75
Sobreingestão Emocional	2,68	0,86	1,00	5,00
Desejo de Beber Bebidas Açucaradas	1,86	0,89	1,00	5,00

Ao analisar a *Tabela 4* é possível verificar que os valores das subescalas ingestão lenta e resposta à saciedade são mais elevados. Apesar de valores máximos altos para as subescalas subingestão emocional e desejo de beber bebidas açucaradas, as médias foram relativamente baixas, e a subescala sobreingestão emocional foi onde se obtiveram valores mais baixos.

A análise das correlações entre as diferentes subescalas que compõem a dimensão dos comportamentos alimentares permitiu verificar que:

- (1) a resposta à saciedade correlacionou-se positivamente com a ingestão lenta ( $r_s = 0,440$ ;  $p < 0,01$ ), a seletividade ( $r_s = 0,471$ ;  $p < 0,01$ ) e a subingestão emocional ( $r_s = 0,302$ ;  $p < 0,01$ );
- (2) a ingestão lenta correlacionou-se positivamente com a seletividade ( $r_s = 0,266$ ;  $p < 0,01$ ) e com a subingestão emocional ( $r_s = 0,146$ ;  $p < 0,05$ );
- (3) a seletividade correlacionou-se positivamente com a subingestão emocional ( $r_s = 0,132$ ;  $p < 0,05$ );
- (4) a sobreingestão emocional correlacionou-se positivamente com a subingestão emocional ( $r_s = 0,404$ ;  $p < 0,01$ ) e com o desejo de beber bebidas açucaradas ( $r_s = 0,362$ ;  $p < 0,01$ );

(5) a subingestão emocional correlacionou-se positivamente com o desejo de beber bebidas açucaradas ( $r_s = 0,138$ ;  $p < 0,05$ ).

#### 4.5. Caracterização das práticas parentais de alimentação

Na *Tabela 5* são apresentadas as características da amostra quanto à dimensão das práticas parentais, nomeadamente os valores da média, desvio-padrão, mínimo e máximo.

*Tabela 5: Práticas Parentais Relacionadas com a Alimentação (QCPP-R): Média, desvio-padrão e valores máximo e mínimo (n=222)*

	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Regulação Emocional	1,30	0,51	1,00	3,33
Encorajar Equilíbrio e Variedade	4,55	0,47	2,75	5,00
Envolvimento	3,65	1,07	1,00	5,00
Modelagem	4,19	0,86	1,00	5,00
Monitorização	4,19	0,74	1,00	5,00
Pressão Alimentar	3,25	0,94	1,00	5,00
Restrição Alimentar por Motivos de Saúde	3,37	0,94	1,00	5,00
Restrição Alimentar Para Controlo de Peso	2,51	0,83	1,00	5,00

Verifica-se, ao analisar a *Tabela 5*, que os pais reportam recorrer mais frequentemente à prática encorajar equilíbrio e variedade, e menos a prática regulação emocional.

A análise das correlações entre as diferentes subescalas que compõem a dimensão das Práticas Parentais de Alimentação permitiu verificar que:

- (1) a regulação emocional correlacionou-se positivamente com o envolvimento parental ( $r_s = 0,139$ ;  $p < 0,05$ ) e a pressão alimentar ( $r_s = 0,230$ ;  $p < 0,01$ );
- (2) o encorajar equilíbrio e variedade correlacionou-se positivamente com o envolvimento parental ( $r_s = 0,296$ ;  $p < 0,01$ ), a modelagem ( $r_s = 0,483$ ;  $p < 0,01$ ) e a monitorização parental ( $r_s = 0,338$ ;  $p < 0,01$ );

- (3) o envolvimento parental correlacionou-se positivamente com a modelagem ( $r_s = 0,325$ ;  $p < 0,01$ ), a monitorização parental ( $r_s = 0,207$ ;  $p < 0,01$ ) e a restrição alimentar por motivos de saúde ( $r_s = 0,197$ ;  $p < 0,01$ );
- (4) a modelagem correlacionou-se positivamente com a monitorização parental ( $r_s = 0,189$ ;  $p < 0,01$ ), a restrição alimentar por motivos de saúde ( $r_s = 0,216$ ;  $p < 0,01$ ) e a restrição alimentar para controlo de peso ( $r_s = 0,141$ ;  $p < 0,05$ );
- (5) a pressão alimentar correlacionou-se positivamente com a restrição alimentar por motivos de saúde ( $r_s = 0,274$ ;  $p < 0,01$ );
- (6) a restrição alimentar por motivos de saúde correlacionou-se positivamente com a restrição alimentar para controlo de peso ( $r_s = 0,430$ ;  $p < 0,01$ ).

Como é possível verificar a maioria das correlações são muito fracas ou fracas.

#### **4.6. Relação entre hábitos alimentares, comportamentos alimentares e práticas parentais de alimentação e as características demográficas**

##### 4.6.1. Relação entre os hábitos alimentares e o género da criança

A *Tabela 6* apresenta a comparação dos hábitos alimentares em função do género da criança.

*Tabela 6: Comparação dos hábitos alimentares em função do género da criança – Teste Mann-Whitney (n crianças do sexo masculino=113; n crianças do sexo feminino=107)*

	<b>Sexo da criança</b>	<b>Média das Ordens</b>	<b>Mann-Whitney-U</b>	<b>Asymp. Sig. (2-tailed)</b>
Hábitos Saudáveis	Masculino	117,23	5285,00	0,10
	Feminino	103,39		
Hábitos Não Saudáveis	Masculino	105,57	5488,00	0,23
	Feminino	115,71		

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos hábitos alimentares de rapazes e raparigas.

##### 4.6.2. Relação entre os comportamentos alimentares e o género da criança

A *Tabela 7* apresenta a comparação dos comportamentos alimentares em função do género da criança.

*Tabela 7: Comparação do comportamento alimentar em função do género da criança – Teste Mann-Whitney, (n crianças do sexo masculino=113; n crianças do sexo feminino=107)*

	<b>Sexo da criança</b>	<b>Média das Ordens</b>	<b>Mann-Whitney-U</b>	<b>Asymp. Sig. (2-tailed)</b>
Resposta à Saciedade	Masculino	109,20	5898,50	0,75
	Feminino	111,87		
Ingestão Lenta	Masculino	108,70	5842,50	0,67
	Feminino	112,40		
Seletividade	Masculino	111,28	5957,00	0,85
	Feminino	109,67		
Sobreingestão Emocional	Masculino	112,97	5766,00	0,55
	Feminino	107,89		
Subingestão Emocional	Masculino	109,12	5889,50	0,74
	Feminino	111,96		
Desejo de Beber Bebidas Açucaradas	Masculino	109,96	5985,00	0,90
	Feminino	111,07		

Também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos comportamentos alimentares de rapazes e raparigas.

#### 4.6.3. Relação entre as práticas parentais de alimentação e as características demográficas

A *Tabela 8* apresenta a comparação das práticas parentais utilizadas em função do género da criança.

*Tabela 8: Comparação das práticas parentais utilizadas em função do género da criança – Teste Mann-Whitney (n crianças do sexo masculino=113; n crianças do sexo feminino=107)*

	<b>Figura Parental</b>	<b>Média das Ordens</b>	<b>Mann-Whitney-U</b>	<b>p</b>
Regulação Emocional	Masculino	107,73	5732,00	0,43
	Feminino	113,43		
Encorajar Equilíbrio e Variedade	Masculino	110,71	6021,50	0,96
	Feminino	110,28		
Envolvimento	Masculino	115,20	5514,50	0,26
	Feminino	105,54		
Modelagem	Masculino	112,96	5767,50	0,55
	Feminino	107,90		
Monitorização	Masculino	112,64	5803,50	0,60
	Feminino	108,24		
Pressão Alimentar	Masculino	105,10	5435,00	0,19
	Feminino	116,21		
Restrição Alimentar por Motivos de Saúde	Masculino	118,04	5193,00	0,07
	Feminino	102,53		
Restrição Alimentar para Controlo do Peso	Masculino	111,78	5901,00	0,76
	Feminino	109,15		

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas práticas parentais utilizadas pelos pais com filhos de ambos os géneros.

A *Tabela 9* apresenta a comparação entre as práticas parentais de alimentação paternas e maternas.

Tabela 9: Comparação das práticas parentais de alimentação em função do género dos pais – Teste Mann-Whitney ( $n$  pais=23;  $n$  mães=188)

	<b>Género dos pais</b>	<b>Média das Ordens</b>	<b>Mann-Whitney-U</b>	<b>Asymp. Sig. (2-tailed)</b>
Regulação Emocional	Pai	114,11	1975,50	0,42
	Mãe	105,01		
Encorajar Equilíbrio e Variedade	Pai	82,54	1622,50	<b>0,05*</b>
	Mãe	108,87		
Envolvimento	Pai	85,50	1690,50	0,09
	Mãe	108,51		
Modelagem	Pai	92,26	1846,00	0,25
	Mãe	107,68		
Monitorização	Pai	85,04	1680,00	0,08
	Mãe	108,56		
Pressão Alimentar	Pai	105,43	2149,00	0,96
	Mãe	106,07		
Restrição Alimentar por Motivos de Saúde	Pai	127,63	1664,50	0,07
	Mãe	103,35		
Restrição Alimentar para Controlo do Peso	Pai	110,63	2055,50	0,70
	Mãe	105,43		

\* $p < 0,05$

Apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os pais e as mães na utilização da prática encorajar equilíbrio e variedade, sendo que as mães relatam utilizar mais esta prática do que os pais. Apesar de não se observarem diferenças significativas, nas práticas monitorização e restrição alimentar por motivos de saúde pode observar-se uma ligeira tendência para o uso mais frequente pelas mães no primeiro caso e pelos pais no segundo.

A Tabela 10 apresenta a comparação entre as práticas parentais de alimentação de acordo com os anos de escolaridade dos pais.

Tabela 10: Comparação das práticas parentais de alimentação em função da escolaridade dos pais – Teste Kruskal-Wallis ( $n$  até ao 9º ano de escolaridade=48;  $n$  concluiu 12 anos de escolaridade=80;  $n$  concluiu o ensino superior=83)

	Nível de Escolaridade	Média das Ordens	Kruskal-Wallis Sig.
Regulação Emocional	Até ao 9º ano de escolaridade	102,02	0,81
	Concluiu 12 anos de escolaridade	108,09	
	Concluiu o ensino superior	106,29	
Encorajar Equilíbrio e Variedade	Até ao 9º ano de escolaridade	105,25	0,51
	Concluiu 12 anos de escolaridade	100,74	
	Concluiu o ensino superior	111,50	
Envolvimento	Até ao 9º ano de escolaridade	115,75	0,32
	Concluiu 12 anos de escolaridade	107,06	
	Concluiu o ensino superior	99,34	
Modelagem	Até ao 9º ano de escolaridade	93,58	0,17
	Concluiu 12 anos de escolaridade	105,21	
	Concluiu o ensino superior	113,95	
Monitorização	Até ao 9º ano de escolaridade	103,31	<b>0,02*</b>
	Concluiu 12 anos de escolaridade	93,50	
	Concluiu o ensino superior	119,60	
Pressão Alimentar	Até ao 9º ano de escolaridade	118,80	0,17
	Concluiu 12 anos de escolaridade	106,56	
	Concluiu o ensino superior	98,05	
Restrição Alimentar por Motivos de Saúde	Até ao 9º ano de escolaridade	102,19	0,31
	Concluiu 12 anos de escolaridade	100,04	
	Concluiu o ensino superior	113,95	
Restrição Alimentar para Controlo do Peso	Até ao 9º ano de escolaridade	111,57	0,47
	Concluiu 12 anos de escolaridade	109,21	
	Concluiu o ensino superior	99,69	

\*  $p < 0,05$

A única diferença estatisticamente significativa verificou-se para a prática monitorização. Ao proceder à correção de *Bonferroni* foi possível verificar que existe uma diferença estatisticamente significativa entre os pais que concluíram 12 anos de escolaridade e os pais que concluíram o ensino superior (média das ordens concluiu 12 anos de escolaridade = 71,88; média das ordens concluiu o ensino superior = 91,75; Man-Whitney U = 2510,00;  $p < 0,017$ ). Assim, pais que concluíram o ensino superior recorrem mais a esta prática do que os pais que concluíram 12 anos de escolaridade.

#### 4.7. Associações entre os comportamentos alimentares e as práticas parentais com os hábitos alimentares da criança

##### 4.7.1. Associação entre comportamentos alimentares e hábitos alimentares

Na *Tabela 11* apresentam-se os valores das correlações entre os comportamentos alimentares das crianças e os hábitos alimentares das crianças.

*Tabela 11: Correlações entre os comportamentos alimentares das crianças e os hábitos alimentares das crianças – Coeficiente de Correlação de Spearman (n=222)*

	<b>Hábitos Saudáveis</b>	<b>Hábitos Não Saudáveis</b>
Resposta Saciedade	<b>-0,14*</b>	0,07
$\rho$	0,03	0,28
Ingestão Lenta	0,20	0,04
$\rho$	0,15	0,54
Seletividade	<b>-0,29**</b>	-0,02
$\rho$	0,00	0,73
Sobreingestão Emocional	-0,01	<b>0,24**</b>
$\rho$	0,91	0,00
Subingestão Emocional	-0,07	<b>0,22**</b>
$\rho$	0,32	0,00
Desejo Beber Bebidas Açucaradas	-0,10	<b>0,40**</b>
$\rho$	0,13	0,00

\*\* $\rho < 0,01$ ; \*  $\rho < 0,05$

Na *Tabela 11* é possível verificar que existem algumas correlações significativas baixas e muito baixas entre os comportamentos alimentares e os hábitos saudáveis. Assim, verifica-se que a resposta à saciedade e a seletividade correlacionam-se negativamente com os hábitos saudáveis. Verificou-se ainda que existem correlações significativas baixas e moderadas entre os comportamentos alimentares e os hábitos não saudáveis. A sobreingestão emocional, a subingestão emocional e o desejo de beber bebidas açucaradas correlacionam-se positivamente com os hábitos não saudáveis.

##### 4.7.2. Associação entre as práticas parentais de alimentação e os hábitos alimentares da criança

Na *Tabela 12* apresentam-se os valores das correlações entre as práticas parentais de alimentação e os hábitos alimentares das crianças.

*Tabela 12: Correlações entre as práticas parentais de alimentação e os hábitos alimentares das crianças – Coeficiente de Correlação de Spearman (n=222)*

	<b>Hábitos Saudáveis</b>	<b>Hábitos Não Saudáveis</b>
Regulação Emocional	-0,01	0,08
$\rho$	0,92	0,26
Encorajar Equilíbrio e Variedade	<b>0,20**</b>	-0,08
$\rho$	0,00	0,24
Envolvimento	0,02	0,02
$\rho$	0,80	0,75
Modelagem	<b>0,24**</b>	<b>-0,14*</b>
$\rho$	0,00	0,04
Monitorização	0,16*	<b>-0,18**</b>
$\rho$	0,02	0,01
Pressão Alimentar	-0,05	0,11
$\rho$	0,48	0,09
Restrição Alimentar por Motivos de Saúde	-0,01	0,05
$\rho$	0,88	0,45
Restrição Alimentar para Controlo de Peso	0,13	<b>-0,20**</b>
$\rho$	0,06	0,00

\*\* $\rho < 0,01$ ; \*  $\rho < 0,05$

Na *Tabela 12* é possível verificar que existem algumas correlações significativas baixas e muito baixas entre as práticas e os hábitos saudáveis. As práticas encorajar equilíbrio e variedade, modelagem e monitorização parental correlacionam-se positivamente com os hábitos saudáveis. Verificou-se ainda a existência de correlações estatisticamente significativas entre as práticas e os hábitos não saudáveis. As práticas modelagem, monitorização e restrição alimentar para controlo de peso correlacionaram-se negativamente com os hábitos não saudáveis.

#### **4.8. Associação entre as práticas parentais alimentares e os comportamentos alimentares da criança**

Na *Tabela 13* apresentam-se os valores das correlações entre as práticas parentais de alimentação e os comportamentos alimentares das crianças.

Tabela 13: Correlações entre as práticas parentais e os comportamentos alimentares das crianças – Coeficiente de Correlação de Spearman (n=222)

	Regulação Emocional	Encorajar Equilíbrio Variedade	Envolvimento	Modelagem	Monitorização	Pressão	Restrição por Motivos de Saúde	Restrição para Controlo do Peso
Resposta Saciedade	0,08	-0,03	-0,03	-0,02	-0,20	0,08	0,09	-0,03
$\rho$	0,27	0,62	0,64	0,80	0,14	0,22	0,20	0,69
Ingestão Lenta	0,10	0,02	<b>-0,13*</b>	-0,00	0,05	<b>0,17*</b>	-0,01	-0,06
$\rho$	0,12	0,83	0,05	0,96	0,50	0,01	0,89	0,34
Seletividade	0,06	-0,11	-0,04	-0,03	-0,08	0,08	0,12	0,03
$\rho$	0,33	0,11	0,58	0,63	0,24	0,22	0,09	0,65
Sobreingestão Emocional	<b>0,20**</b>	-0,08	<b>0,14*</b>	-0,02	-0,04	0,10	<b>0,15*</b>	0,11
$\rho$	0,00	0,21	0,03	0,83	0,52	0,13	0,03	0,11
Subingestão Emocional	<b>0,15*</b>	-0,02	0,09	0,11	<b>-0,15*</b>	<b>0,16*</b>	<b>0,21**</b>	0,07
$\rho$	0,03	0,75	0,20	0,11	0,03	0,02	0,00	0,32
Desejo de Beber Bebidas Açucaradas	<b>0,15*</b>	-0,03	<b>0,17**</b>	0,03	<b>-0,14*</b>	0,09	<b>0,18**</b>	0,09
$\rho$	0,02	0,66	0,01	0,62	0,05	0,16	0,01	0,18

\*\* $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$

Na *Tabela 13* é possível verificar que existem algumas correlações significativas baixas e muito baixas entre as práticas parentais de alimentação e os comportamentos alimentares da criança. Verifica-se que a ingestão lenta se correlaciona positivamente com a pressão alimentar e negativamente com o envolvimento. Verifica-se que a sobreingestão alimentar se correlaciona positivamente com o envolvimento e a restrição alimentar por motivos de saúde. Verifica-se, ainda, que a subingestão alimentar está correlacionada, positivamente com a regulação emocional, a pressão alimentar e a restrição alimentar por motivos de saúde, e negativamente com a monitorização. Por fim, verifica-se que o desejo de beber bebidas açucaradas se correlaciona, positivamente com a regulação emocional, o envolvimento e a restrição alimentar por motivos de saúde, e negativamente com a monitorização.

#### **4.10. Relações entre os comportamentos alimentares e as práticas parentais alimentares com o IMC da criança**

##### 4.10.1. Relação entre os comportamentos alimentares e o IMC da criança

A *Tabela 16* apresenta-se a comparação entre os comportamentos alimentares e o IMC da criança.

*Tabela 16: Comparação dos comportamentos alimentares em função do IMC da criança – Teste Kruskal-Wallis (n baixo peso=18; n peso normal=127; n excesso de peso=52)*

	<b>IMC</b>	<b>Média das Ordens</b>	<b>Kruskal-Wallis Sig.</b>
Resposta à Saciedade	Baixo peso	94,53	0,12
	Peso normal	104,99	
	Excesso de peso	85,91	
Ingestão Lenta	Baixo peso	90,36	0,54
	Peso normal	102,27	
	Excesso de peso	94,01	
Seletividade	Baixo peso	105,00	0,81
	Peso normal	99,58	
	Excesso de peso	95,50	
Sobreingestão Emocional	Baixo peso	82,28	0,21
	Peso normal	97,55	
	Excesso de peso	108,33	
Subingestão Emocional	Baixo peso	85,83	0,45
	Peso normal	102,31	
	Excesso de peso	95,47	
Desejo de Beber Bebidas Açucaradas	Baixo peso	90,94	0,47
	Peso normal	97,03	
	Excesso de peso	106,61	

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, ainda que pareça haver uma tendência para os pais reportarem que as crianças com excesso de peso apresentam uma maior sobreingestão emocional e um maior desejo para beber bebidas açucaradas. Aparenta, também, existir uma tendência para os pais reportarem que as crianças com baixo peso apresentam uma maior seletividade alimentar.

#### 4.10.2. Relação entre as práticas parentais de alimentação e o IMC da criança

A *Tabela 17* apresenta a comparação entre as práticas parentais de alimentação e o IMC da criança.

Tabela 17: Comparação das práticas parentais de alimentação em função do IMC da criança – Teste Kruskal-Wallis (n baixo peso=18; n peso normal=127; n excesso de peso=52)

	IMC	Média das Ordens	Kruskal-Wallis Sig.
Regulação Emocional	Baixo peso	97,33	0,85
	Peso normal	97,95	
	Excesso de peso	102,13	
Encorajar Equilíbrio e Variedade	Baixo peso	114,53	0,20
	Peso normal	92,75	
	Excesso de peso	108,88	
Envolvimento	Baixo peso	113,17	0,34
	Peso normal	100,15	
	Excesso de peso	91,29	
Modelagem	Baixo peso	86,89	0,50
	Peso normal	98,37	
	Excesso de peso	104,74	
Monitorização	Baixo peso	114,06	0,27
	Peso normal	100,37	
	Excesso de peso	90,45	
Pressão Alimentar	Baixo peso	113,61	0,34
	Peso normal	100,02	
	Excesso de peso	91,45	
Restrição Alimentar por Motivos de Saúde	Baixo peso	100,86	0,81
	Peso normal	97,10	
	Excesso de peso	103,00	
Restrição Alimentar para Controlo de Peso	Baixo peso	99,92	<b>0,03*</b>
	Peso normal	91,51	
	Excesso de peso	116,97	

\* $p < 0,05$

A única diferença estatisticamente significativa verificou-se para a prática restrição alimentar para controlo de peso. Ao proceder à correção de Bonferroni foi possível verificar que existe uma diferença estatisticamente significativa entre os pais de crianças com peso normal e os pais de crianças com excesso de peso (média das ordens concluiu peso normal=83,26; média das ordens excesso de peso=106,45; Man-Whitney  $U=2446,5$ ;  $p < 0,017$ ). Assim, pais de crianças com excesso de peso reportam mais o uso desta prática que os pais de crianças com peso normal.

É possível verificar, também, uma ligeira tendência para o uso mais frequente das práticas regulação emocional e modelagem em pais de crianças com excesso de peso e as práticas envolvimento, monitorização e pressão alimentar em pais de crianças com baixo peso.

## 5. DISCUSSÃO

De seguida serão discutidos os resultados encontrados com base na literatura anterior, seguindo a ordem dos objetivos acima definidos.

Apesar de não ter sido possível realizar os estudos de validação do QCPP-R, devido ao número de sujeitos e ao facto de a distribuição dos resultados se afastar muito da normalidade, os estudos preliminares realizados não demonstraram ser possível confirmar a mesma estrutura fatorial proposta pelos autores originais (Musher-Eizenman & Holub, 2007). A consistência interna das subescalas apresentou valores aceitáveis apenas para 7 das 12 subescalas. O QCPP-R, noutros países, tem-se relevado um instrumento promissor, englobando uma enorme variedade de práticas alimentares (Musher-Eizenman & Holub, 2007). Ainda assim, é necessária a realização de estudos futuros, que passem, também, pela revisão de alguns termos de alguns dos itens deste questionário, bem como pela revisão da sua aplicabilidade a diferentes populações mais diversas. Apoiando o proposto por Burk (2005), são necessárias investigações futuras para averiguar a possibilidade de encontrar uma forma mais robusta para o uso do questionário em novos estudos sobre práticas parentais.

Relativamente aos hábitos alimentares, os resultados demonstraram que os pais relatam que os seus filhos ingerem mais frequentemente alimentos saudáveis (como por exemplo peixe, fruta, legumes e sopa) do que alimentos não saudáveis. A literatura anterior sobre as preferências alimentares das crianças relata, que por um lado, estas preferem comidas *fast food*, *snacks*, doces, salgados e alguma fruta, e tendem a incluir estes alimentos nos seus hábitos alimentares, e que, por outro lado, não gostam de vegetais, não os incluindo tanto nas suas rotinas alimentares diárias (Skinner *et al.*, 1998). Apesar de este estudo ter incluído uma amostra norte americana, que se sabe ter hábitos alimentares diferentes dos hábitos alimentares Europeus, em Portugal, Andrade (2014), com um questionário mais alargado, encontrou a presença de bons hábitos alimentares na sua amostra, ainda que se tenha verificado o consumo de doces e *fast food* com alguma frequência, junto com um consumo menos frequente de vegetais. É importante referir que os dados sobre os hábitos recolhidos pelo questionário são relatados pelos pais, podendo existir algum enviesamento. As crianças passam a maior parte dos dias na escola, onde a alimentação realizada é determinada pelas instituições e tendencialmente equilibrada, contribuindo possivelmente para os hábitos alimentares descritos.

Relativamente aos comportamentos alimentares, os resultados mostram valores altos para a subescala ingestão lenta, em que os pais relatam que os seus filhos apresentam desinteresse pela comida e comem lentamente. Como dito anteriormente, durante a infância, há uma fase em que é normal a diminuição do apetite. É possível que, face à perda do apetite por parte da criança, os pais forcem a alimentação, o que em contrapartida gera mecanismos de repulsa e recusa alimentar, aumentando a falta de interesse pela comida e do tempo necessário para que a criança termine completamente a refeição. Um estudo realizado por Ashcroft e colaboradores (2008) avaliou a velocidade com que as crianças comem em duas fases de desenvolvimento diferentes, tendo verificado que as crianças mais velhas tendem a comer mais depressa. Os autores relacionaram esse aumento da velocidade com a capacidade, ganha ao longo do desenvolvimento, para as crianças se tornarem proficientes no ato de comer (Ashcroft, Semmler, Carnell, Jaarsveld & Wardle, 2008) e, possivelmente, com o aumento do interesse pela comida. Os pais também relataram que os filhos têm uma resposta à saciedade relativamente alta. Birch (1999) constatou que as crianças conseguem ajustar a ingestão alimentar com base na densidade energética dos alimentos, conseguindo perceber quando já estão satisfeitas e evitando assim o consumo excessivo de calorias e alimentos. Carnell & Wardle (2008), tal como Birch, demonstraram que quando comparadas com crianças em idade escolar, crianças pré-escolares apresentam uma maior eficácia no ajuste da ingestão, de modo a compensar uma refeição anterior.

Por outro lado, os pais relataram valores baixos para a sobreingestão emocional. Como referido anteriormente, a comida pode servir como resposta a um estado emocional, aumentando o seu consumo face a fatores de origem *stressante*. Tendo em conta os resultados encontrados, é possível que crianças em idade pré-escolar ainda não recorram muito a comida como forma de compensação emocional, talvez por terem pouco controlo sobre a comida disponibilizada e ingerida. Para além disto, é possível que as crianças deste estudo ainda não tenham aprendido a utilizar a sobreingestão como estratégia de coping, pois Roemmich e colaboradores (2002, citado por Viana, Sinde & Saxton, 2011) verificaram que crianças com idades superiores (entre os 9 e os 11 anos de idade) ingeriam mais *snacks* devido à desinibição induzida pelo stress, quando comparadas com crianças com “baixa reatividade emocional à comida”. Os resultados demonstram, igualmente, valores baixos para o desejo de beber bebidas açucaradas (refrigerantes e sumos). Este resultado, de certa forma, contraria a literatura, pois as crianças apresentam uma predisposição inata para preferirem sabores doces (Birch, 1980)

e tendem a incluir estes alimentos nas suas refeições. Poderíamos colocar a hipótese que, tal como no estudo de Leiras (2015), a reduzida acessibilidade a estes alimentos e a menor permissividade pelos pais por estas bebidas possa explicar os valores obtidos.

No que respeita às práticas parentais de alimentação, verificou-se que os pais reportaram mais a prática encorajar equilíbrio e variedade, e de forma geral a utilização de práticas consideradas positivas e menos a utilização da prática de regulação emocional. Uma vez que se sabe que o encorajar equilíbrio e variedade é uma prática importante na promoção de uma alimentação saudável (Musher-Eizenman & Holub, 2007), este resultado é bastante positivo. Pelo contrário, a regulação emocional pode conduzir a criança a aprender a comer em resposta dos seus estados emocionais (Braden *et al.*, 2014) e está associada ao maior consumo alimentar de comidas não saudáveis, na ausência de fome, e em situações que podem envolver emoções negativas (Blissett *et al.*, 2010; Carnell *et al.*, 2014; Evers, Stok & Ridder, 2010).

Estudos anteriores apontam para diferenças existentes entre a utilização de práticas parentais de alimentação entre pais e mães, relatando que as mães tendem a ter uma maior responsabilidade na alimentação dos filhos e reportando recorrer mais à monitorização (Blissett & Haycraft, 2008; Blissett *et al.*, 2006) e à restrição (Johnson & Birch, 1994). Em contrapartida, Johnson e colaboradores (2006) relataram que as práticas alimentares dos pais e das mães, no que respeita ao controlo alimentar, não diferem entre si. Ao contrário dos estudos anteriores, no presente estudo apenas se verificou uma diferença entre pais e mães, na prática encorajar equilíbrio e variedade, onde as mães utilizam mais a prática dos pais. Também se observou uma ligeira tendência, não significativa, para as mães utilizarem mais frequentemente a monitorização e os pais a restrição por motivos de saúde.

Contrariamente à literatura, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as práticas parentais de alimentação utilizadas em função do género da criança. Orrell-Valente e colaboradores (2007) num estudo com pais de crianças com 5 anos de idade verificaram que os pais utilizavam estratégias diferentes consoante o género dos filhos. As mães elogiavam mais frequentemente as raparigas quando elas comiam e ofereciam-lhes mais recompensas para que comessem do que aos rapazes, enquanto os pais usavam mais a pressão para comer com os rapazes do que com as raparigas.

Verificou-se que os pais que concluíram o ensino superior reportavam mais o uso da monitorização do que pais que concluíram apenas 12 anos de escolaridade. A literatura

tem encontrado poucas associações entre o nível de escolaridade dos pais e as práticas utilizadas. Estudos anteriores têm encontrado resultados contraditórios, por um lado apontam para um nível mais elevado de escolaridade parental estar associado ao reporte parental de utilização de maior restrição (Fisher & Birch, 1999), e por outro, práticas alimentares mais restritivas estarem negativamente correlacionadas com os anos de escolaridade (Blissett & Haycraft, 2008). Tendo em conta estas inconsistências na literatura poderíamos colocar a hipótese de que pais com um nível superior de escolaridade possam estar mais conscientes da importância de uma alimentação saudável e por isso sejam mais rígidos, ao contrário de pais com níveis inferiores de escolaridade, que estando menos informados sobre a importância do desenvolvimento de um comportamento alimentar saudável se tornam mais permissivos da comida ingerida pelos filhos. No entanto, os nossos resultados não confirmam essa hipótese.

Os resultados mostraram a existência de associações, fracas ou muito fracas, entre os hábitos alimentares e os comportamentos alimentares das crianças. Os hábitos alimentares saudáveis correlacionaram-se negativamente com a resposta à saciedade, resultado que aparenta apontar que o consumo de alimentos mais saudáveis, por crianças pré-escolares, leva a valores mais baixos na resposta à saciedade. Não foi possível comparar estes resultados, pois não foi encontrada literatura que suporte os resultados encontrados. Também esta correlação se apresentou como muito fraca. Os hábitos alimentares saudáveis correlacionaram-se, também negativamente, com a seletividade. Como referido anteriormente a seletividade relaciona-se com a recusa alimentar e com a falta de vontade em experimentar alimentos novos (Pliner, 1994), com o “medo do novo” (Benton, 2004). O medo de experimentar novos alimentos leva à restrição da variedade (Pelchat & Pliner, 1995), levando à preferência por uma gama muito limitada de alimentos (Birch, 1999; Russel & Worsley, 2008), conduzindo, possivelmente, ao desajuste da dieta alimentar.

Os resultados demonstraram ainda uma correlação positiva entre os hábitos alimentares não saudáveis, a sobreingestão emocional e a subingestão emocional. Estes resultados são concordantes com estudos anteriores, que mostraram que o sofrimento emocional influencia a autorregulação alimentar (Baumeister, Zell & Tice, 2007, citado por Resendes, 2012). As emoções negativas têm sido associadas a uma ingestão alimentar excessiva, onde para lidarem com as emoções negativas ou stressantes, os indivíduos tendem a consumir, particularmente, alimentos com valor calórico alto e com maior conteúdo de açúcar e gordura (chocolates, *snacks*, refrigerantes) (Macht, 2008; Oliver,

Wardle & Gibson, 2000). Por último, os resultados mostraram existir uma correlação positiva entre os hábitos alimentares não saudáveis e o desejo de beber bebidas açucaradas.

O estudo das associações entre os hábitos alimentares e as práticas parentais de alimentação apontam alguns resultados interessantes. Verificou-se que os hábitos saudáveis se associam positivamente com as práticas encorajar equilíbrio e variedade, modelagem e monitorização. Os hábitos não saudáveis apresentam uma correlação negativa e estatisticamente significativa com as práticas modelagem, monitorização e restrição por controlo de peso. Estas correlações apresentam-se como fracas ou muito fracas. Em estudos anteriores as práticas encorajar equilíbrio e variedade, modelagem e monitorização têm também sido associadas ao desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis (Blissett & Haycraft, 2008; Musher-Eizenman & Holub, 2007). Em relação à prática de restrição alimentar por controlo de peso foram encontradas evidências em contrário, apontando para os efeitos adversos desta prática, nas ocasiões em que as crianças submetidas à restrição, posteriormente, sentem dificuldades em regular a ingestão de alimentos com competência, comendo mais na ausência de fome, o que leva ao desenvolvimento de hábitos alimentares menos saudáveis (Birch *et al.*, 2001; Fisher & Birch, 1995, citado por Birch & Fisher, 1998; Johnson & Birch, 1994; Ventura & Birch, 2008). No entanto, uma vez que os pais restringem a alimentação dos filhos por múltiplas razões (Musher-Eizenman & Holub, 2006, citado por Musher-Eizenman & Holub, 2007), torna-se evidente a necessidade de mais investigações para compreender melhor esta prática parental de alimentação.

Os resultados mostraram a existência de algumas associações entre os comportamentos alimentares e as práticas parentais de alimentação. A ingestão lenta correlacionou-se negativamente com a prática envolvimento, e positivamente com a prática pressão alimentar. Tal como referido anteriormente a ingestão lenta está relacionada com a falta de interesse pela comida e menor envolvimento nas refeições, o que poderá eventualmente ser considerado como comportamentos de “evitamento da comida” (Viana & Sinde, 2006). Apesar de não haver literatura anterior que suporte estas associações, podemos colocar a hipótese de que as crianças menos envolvidas na preparação e planeamento das refeições, bem como na escolha dos alimentos comprados, não exercem um papel ou controlo no que podem ingerir e na sua alimentação, podendo levar, cada vez mais, a comportamentos de “evitamento da comida”. Pelo contrário a pressão aumenta a probabilidade de a criança não gostar do alimento que é pressionada a

comer (Birch, Birch, Marlin & Kramer, 1982; Birch, Marlin & Rotter, 1984); quando não são pressionadas a comer as crianças fazem menos comentários negativos e consomem mais comida, do que quando são pressionadas a comer (Galloway, Fiorito, Francis & Birch, 2006).

A sobreingestão emocional correlacionou-se positivamente com as práticas envolvimento e restrição por motivos de saúde. A sobreingestão emocional avalia uma reação emocional à comida, traduzida em aumento da ingestão alimentar e em comportamentos de “atração pela comida”. As emoções podem perturbar os controles cognitivos implicados na restrição, consciente, do apetite, levando a uma sobreingestão e a uma desinibição alimentar (Macht, 2008; Leias, 2015). Os pais que envolvem os filhos em dietas restritivas tendem a preocupar-se compulsivamente com o que a criança come e esforçam-se para que estas resistam ao apelo da comida. As crianças por sua vez, comportam-se do mesmo modo que alguém em situação de fome constante, onde fatores emocionais, como a ansiedade, levam ao aumento do apetite e provocam a perda do controlo e a sobreingestão ou voracidade alimentar (Leiras, 2015; Macht, 2008). Por outro lado, é possível que os pais ao experienciarem um aumento na ingestão alimentar dos filhos, exerçam algum controlo parental e limitem o acesso a alimentos menos saudáveis. É possível que as crianças ao serem envolvidas no processo de escolha e compra dos alimentos escolham a “comida de conforto” em detrimento das frutas e vegetais.

A subingestão emocional correlacionou-se positivamente com as práticas pressão e restrição por motivos de saúde, e negativamente com a prática monitorização. Tal como referido, a subingestão emocional avalia a reação emocional à comida, relacionada com a inibição do apetite e comportamentos de “evitamento da comida”. A pressão, quando utilizada excessivamente, pode levar a que a criança deixe de usar a sua própria saciedade para terminar o episódio de ingestão, passando os mecanismos de regulação da ingestão a focar-se em causas externas, como as emoções (Viana *et al.*, 2009; Leiras, 2015), possivelmente levando a uma maior inibição alimentar (Leiras, 2015; Macht, 2008). A literatura veio contrariar os resultados encontrados no presente estudo, sendo necessário realizar investigações futuras para melhor avaliar esta relação. É possível que, tal como exposto acima, os pais ao experienciarem uma diminuição súbita na alimentação dos filhos, exerçam um controlo sobre a alimentação e forcem a ingestão de alimentos saudáveis ao mesmo tempo que limitam o acesso a alimentos menos saudáveis. É, por outro lado, possível que com uma maior monitorização parental, ou seja, o uso de controlo moderado no consumo de alimentos, normalmente associado a uma ingestão alimentar

equilibrada, possa levar a uma maior ingestão e a um menor evitamento da comida (Haycraft & Blissett, 2008). Tendo em conta as associações fracas ou muito fracas observadas, seria relevante realizar mais estudos que explorassem estas associações para clarificar o tipo de interações envolvidas.

A sobreingestão emocional e a subingestão emocional correlacionaram-se, ambas, positivamente com a prática regulação emocional, tal como o desejo por beber bebidas açucaradas. A regulação emocional diz respeito ao uso parental de comida para regular o estado emocional da criança, quando esta está irritada, agitada ou aborrecida (Musher-Eizenman & Holub, 2007), reações e demonstrações emocionais da criança face a fatores de origem *stressante*. É possível que a criança, após ser sucessivamente exposta a esta prática, aprenda conseqüentemente a utilizar a comida para influenciar a experiência e expressão das suas emoções (Evers, Stok & Ridder, 2010), lidando com as exigências impostas pelas emoções, aumentando ou inibindo a ingestão alimentar, quando expostas a situações emocionalmente negativas. O desejo de beber bebidas açucaradas poderá dever-se a que alimentos com um valor calórico e palatável superior (e.g., sumos, refrigerantes), tendam a obter melhores resultados quando utilizados para a regulação emocional (Evers *et al.*, 2010).

O desejo de beber bebidas açucaradas, por sua vez, correlacionou-se positivamente com as práticas envolvimento e restrição por motivos de saúde, e negativamente com a prática monitorização. Visto o envolvimento estar relacionado com o incentivo parental para envolver os filhos no planeamento das refeições e compra dos alimentos, podemos colocar a hipótese de os filhos, estando integrados na tomada de decisão e sendo detentores de algum controlo, escolhem alimentos, como as bebidas açucaradas. Em contrapartida, em crianças que têm mais desejo por bebidas açucaradas, e tendem a consumi-las regularmente, este comportamento pode ser avaliado pelos pais como prejudicial para a saúde e como tal levar os pais a usarem mais a restrição por motivos de saúde.

Não foram registadas diferenças estatisticamente significativas nas comparações dos comportamentos alimentares dos filhos em função do IMC das crianças, reportado pelos pais, não sendo possível comparar estes resultados. Estudos anteriores verificaram que comportamentos de atração pela comida (resposta à comida, prazer em comer e sobreingestão alimentar) contribuem para um IMC elevado nas crianças (Viana, Sinde & Saxton, 2011), enquanto, comportamentos de evitamento da comida (seletividade, ingestão lenta), que refletem desinteresse e falta de prazer em comer, podem restringir a

ingestão de alimentos (Viana, Sinde & Saxton, 2011) e, possivelmente, levar a défices alimentares e a um baixo IMC.

Em relação ao estudo das diferenças nas práticas parentais de alimentação em função do IMC das crianças, verificou-se que os pais reportam utilizar mais a prática restrição alimentar para controlo de peso quando os filhos apresentam excesso de peso do que quando apresentam peso normal. Musher-Eizenman e Holub (2007) verificaram que pais mais preocupados com o excesso de peso dos filhos reportavam mais restrição por motivos de saúde e para controlo de peso. Francis e colaboradores (2001) encontraram, também, evidência de que mães que percecionam as filhas como tendo excesso de peso utilizam mais práticas restritivas. Um estudo realizado por Haycraft e Blissett (2008), mostrou que o peso da criança está relacionado com o grau de restrição alimentar implementada pelos pais, que reportaram mais práticas de restrição quando preocupados com o excesso de peso dos filhos. Por outro lado, diversos estudos revelaram que as atitudes dos pais em relação à alimentação dos filhos, que se traduzem, muitas vezes, em imposições de regras restritivas na alimentação, perturbam a aprendizagem da capacidade de “contra regulação” do apetite (Faith et al., 2004; Wardle et al., 2002; Carper et al., 2000, citados por Viana e Sinde, 2008), levando ao aumento da ingestão de alimentos e possivelmente a excesso de peso.

Verificou-se ainda que, apesar de não significativa, aparenta haver uma tendência para os pais reportarem mais práticas de regulação emocional e modelagem quando os filhos têm peso a mais, e recorrerem mais às práticas envolvimento, monitorização e pressão quando os filhos têm peso a menos. Como a regulação emocional se relaciona com o uso parental de comida para regular o estado emocional da criança (Musher-Eizenman & Holub, 2007), é possível que o uso excessivo da prática, sem consideração dos problemas alimentares que advêm da utilização de alimentos com alto valor calórico e palatável, possa levar ao aumento do peso da criança e futuramente a problemas de excesso de peso. Rodgers e colaboradores (2013) relacionaram a prática de regulação emocional com o desenvolvimento de comportamentos alimentares que podem conduzir à obesidade. Os efeitos da modelagem podem ser negativos (e.g., pais que comem demasiado, que comem rapidamente e ignoram a sua saciedade fornecem maus exemplos aos filhos), ou positivos (e.g. pais mostram-se divertidos a comer legumes ou que comem legumes frequentemente vão facilitar o consumo dos mesmos pelos filhos), de acordo com o exemplo promovido pelos pais (Abreu, 2010), podendo, possivelmente, ser uma

prática responsável por comportamentos alimentares que conduzem ao excesso de peso, ou uma prática facilitadora de bons hábitos alimentares.

Em relação à atribuição de controlo à criança, verificou-se que crianças que não podem escolher os alimentos ingeridos (baixo envolvimento nas refeições) apresentam um IMC mais baixo, quando comparadas com crianças que têm pelo menos alguma hipótese de escolha (Faith *et al.*, 2003). Práticas alimentares de monitorização, por sua vez, estão associadas a um aumento de peso gradual (Faith *et al.*, 2004, citado por Blissett & Haycraft, 2008). Musher-Eizenman e Holub (2007) encontraram que pais que apresentavam maior preocupação com os filhos terem peso a menos reportavam o uso de pressão para comer, e os filhos apresentavam um IMC mais baixo (Blissett & Haycraft, 2008; Galloway *et al.*, 2006).

## **6. CONCLUSÃO**

A presente investigação pretendeu explorar as associações entre os comportamentos e hábitos alimentares e as práticas parentais relacionadas com a alimentação, numa amostra de crianças em idade pré-escolar.

Os resultados encontrados neste estudo devem ser interpretados no contexto das suas limitações. O instrumento das práticas parentais – QCPP-R – não se mostrou totalmente adequado e não permitiu avaliar todas as práticas incluídas: quatro das escalas incluídas não tinham valores de consistência aceitáveis.

A amostra recolhida foi na sua grande maioria constituída por residentes no distrito de Leiria, limitando a possibilidade de generalização dos resultados. Também, apesar de o convite para participar no estudo não se direccionar para nenhum cuidador em particular, a maior parte dos participantes foram mães, limitando o estudo de diferenças entre pais e mães.

Os instrumentos utilizados no estudo são de autorrelato, e foram preenchidos pelo mesmo observador, pelo que são suscetíveis de apresentar enviesamento das respostas no mesmo sentido. Apesar de a participação ser anónima, é possível que tenha existido algum efeito de desejabilidade social nas respostas dadas pelos pais. O IMC da criança foi calculado através do relato do peso e da altura feito pelos pais, podendo mais uma vez haver erros ou enviesamento nas respostas.

Apesar destas limitações, o estudo permitiu apontar algumas direções interessantes sobre os hábitos e comportamentos alimentares das crianças, que podem ser

úteis para informar as intervenções direcionadas para a promoção do desenvolvimento de uma alimentação saudável em crianças pré-escolares. A exploração das relações existentes entre os comportamentos alimentares das crianças e as práticas parentais permitiu obter resultados encorajadores. Seria importante integrar estes objetivos em estudos futuros de modo a explorar melhor alguns resultados encontrados, como é exemplo a associação observada entre as práticas parentais e os comportamentos de reatividade emocional à comida, para a qual não foi encontrada literatura que permitisse suportar os resultados obtidos e estabelecer hipóteses explicativas mais sólidas.

Investigações futuras deveriam tentar incluir uma maior amostra de pais, pois a figura paterna está também presente nas interações alimentares, podendo ter influência no desenvolvimento do comportamento alimentar das crianças. Seria interessante que estudos futuros avaliassem os hábitos alimentares relativos às refeições feitas exclusivamente em casa e controladas pelos pais, pois a criança passa a maior parte dos dias na escola, onde a alimentação realizada é determinada pelas instituições e, atualmente, bastante controlada. Seria também interessante se o IMC da criança fosse avaliado diretamente, para assegurar maior validade destes resultados.

Sugere-se, por fim, a continuação dos estudos do Questionário Completo de Práticas Parentais – Revisto para a população portuguesa, por constituir uma medida promissora sobre as práticas parentais alimentares.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J. C. R. (2010). Obesidade infantil: abordagem em contexto familiar. *Tese de Mestrado em Ciências da Nutrição e Alimentação*. Porto: Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.
- Addessi, E., Galloway, A. T., Visalberghi, E., Birch L. L. (2005). Specific social influences on the acceptance of novel foods in 2-5-year-old children. *Appetite*, 45(3), 264-71. doi:10.1016/j.appet.2005.07.007
- Aldridge, V., Dovey, T. M. & Halford, J. (2009). The role of familiarity in dietary development. *Developmental Review*, 29, 32-44.
- Andrade, M. G. (2014). *Determinantes sociais e psicológicos do comportamento alimentar infantil*. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade de Lisboa. Disponível em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/15441>
- Aparício, G. (2010). Ajudar a desenvolver hábitos alimentares saudáveis na infância. *Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde*, 283-298.
- Ashcroft, J., Semmler, C., Carnell, S., Jaarsveld, C. H. M., & Wardle, J. (2008). Continuity and stability of eating behaviour traits in children. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62, 985-990.
- Baughcum, A. E., Chamberlin, L. A., Deeks, C. M., Powers, A. W., & Whitaker, R. C. (2000). Maternal perceptions of overweight preschool children. *Pediatrics*, 106 (6), 1380-1386.
- Benton, D. (2004). Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity. *International Journal of Obesity*, 28, 858-869.
- Birch, L. L. (1980). Effects of Peer Models' Food Choices and Eating Behaviors on Preschoolers' Food Preferences. *Child Development*, 51(2), 489-496. doi:10.1111/1467-8624.ep12329661
- Birch, L. L. (1998). Psychological influences on the childhood diet. *Journal Nutrition*, 128, 407-410.

- Birch, L. L. (1999). Development of food preferences. *Annual Review of Nutrition*, 19, 41-62.
- Birch, L. L., Birch, D., Marlin, D. W., & Kramer, L. (1982). Effects of instrumental consumption on children's food preference. *Appetite*, 3(2), 125-134.
- Birch, L. L. & Fisher, J. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101(Suppl.), 539-549.
- Birch, L. L., Fisher, J., Grimm-Thomas, K., Markey, C. N., Sawyer, R. & Johnson, S. L. (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 (6), 201-210.
- Birch, L. L., Gunder, L., Grimm-Thomas, K., & Laing, D. G. (1998). Infants' consumption of a new food enhances acceptance of similar foods. *Appetite*, 30(3), 283-295.
- Birch, L. L., Marlin, D. W., & Rotter, J. (1984). Eating as the "means" activity in a contingency: effects on young children's food preference. *Child development*, 55, 431-439.
- Birch, L. L., McPhee, L., Shoba, B. C., Steinberg, L. & Krehbiel, R. (1987). "Clean up your plate": effects of child feeding practices on the conditioning of meal size. *Learning and Motivation*, 18, 301-317.
- Birch, L. L., Savage, J. S. & Ventura, A. (2007). Influences on the development of children's eating behaviours: from infancy to adolescence. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 68 (1).
- Blissett, J., & Haycraft, E. (2008). Are parenting style and controlling feeding practices related?. *Appetite*, 50(2), 477-485.
- Blissett, J., Haycraft, E., & Farrow, C. (2010). Introducing preschool children's emotional eating: relations with parental feeding practices. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 92, 359-365.

- Blissett, J., Meyer, C., & Haycraft, E. (2006). Maternal and paternal controlling feeding practices with male and female children. *Appetite, 42* (2), 212-219.
- Braden, A., Rhee, K., Peterson, C. B., Rydell, S. A., Zucker, N., & Boutelle, K. (2014). Associations between child emotional eating and general parenting style, feeding practices, and parent psychopathology. *Appetite, 80*, 35-40.
- Brown, A., Lee, M. D. (2012). Early influences on child satiety-responsiveness: the role of weaning style. *Pediatric Obesity, 10*, 57-66.
- Burk, J. F. (2005). Comprehensive feeding practices questionnaires: a validation study in a lower socioeconomic status community. Dissertação de Mestrado. College of the Oklahoma State University.
- Candeias, V., Nunes, E., Morais, C., Cabral, M. & Silva, P. (2005). Princípios para uma alimentação saudável. Lisboa, L: Direcção Geral de Saúde.
- Carper, J., Fisher, J. & Birch, L. L. (2000). Young girls' emerging dietary restraint and disinhibition are related to parental control in child feeding. *Appetite, 35* (2), 121–129.
- Carnell, S., Benson, L., Driggin, E., & Kolbe, L. (2014). Parent feeding behavior and child appetite: associations depend on feeding style. *International Journal of Eating Disorders, 47*(7), 705-709.
- Carnell, S., Edwards, C., Croker, H., Boniface, D., & Wardle, J. (2005). Parental perceptions of overweight in 3-5 y olds. *International Journal of Obesity, 29*, 353-355.
- Carvalho, P. H. B., Filgueiras, J. F., Neves, C. M., Coelho, F. D. & Ferreira, M. E. C. (2013). Checagem corporal, atitude alimentar inadequada, insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 62* (2), 108-14.
- Clark, H. R., Goyder, E., Bissell, P., Blank, L., & Peters, J. (2007). How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. *Journal of Public Health, 29*(2), 132-141.

- Coelho, H. M. & Pires, A. P. (2014). Relações familiares e comportamento alimentar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 30* (1), 45-52.
- Cordeiro, M. (2005). Alimentação da criança pré-escolar e escolar. In A. C. Silva & J. Gomes-Pedro (Eds.), *Nutrição pediátrica, princípios básicos*, (106-114). Lisboa: Clínica Universitária de Pediatria. Hospital de Santa Maria.
- Cowart, B. J. (1981). Development of taste perception in humans: sensitivity and preference throughout the life span. *Psychological bulletin, 90*(1), 43-73.
- Dietz, W. H., & Bellizzi, M. C. (1999). Introduction: the use of body mass index to assess obesity in children. *The American Journal of Clinical Nutrition, 70* (1), 123S-125S.
- Evers, C., Stok, F. M., & de Ridder, D. T. (2010). Feeding your feelings: Emotion regulation strategies and emotional eating. *Personality and Social Psychology Bulletin, 36*(6). 792-804.
- Faith, M. S., Flint, J., Fairburn, C. G., Goodwin, G. M., & Allison, D. B. (2010). Gender differences in the relationship between personality dimensions and relative body weight. *Obesity Reviews, 9* (10), 647-650.
- Filipe, A. P. P. S. P. (2011). Neofobia alimentar e hábitos alimentares em crianças pré-escolares e conhecimentos nutricionais parentais. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia.
- Fisher, J. O., & Birch, L. L. (1999). Restricting access to foods and children's eating. *Appetite, 32* (3), 405-419.
- Francis, L. A., Hofer, S. M. & Birch, L. L. (2001). Predictors of maternal child-feeding style: maternal and child characteristics. *Appetite, 37* (3), 231-243.
- Galloway, A. T., Fiorito, L. M., Francis, L. A., & Birch, L. L. (2006). 'Finish your soup': counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. *Appetite, 46*(3), 318-323.
- Goes, A. R., Câmara, G., Loureiro, I., Bragança, G., Nunes, L. S., & Bourbon, M. (2014). "Papa bem": investir na literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 33* (1), 12-23.

- Gubbels, J. S., Kremers, S. P., Stafleu, A., de Vries, S. I., Goldbohm, R. A., Dagnelie, P. C., de Vries, N. K., van Buuren, S., & Thijs, C. (2011). Association between parenting practices and children's dietary intake, activity behavior and development of body mass index: the KOALA Birth Cohort Study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *8*(1), 1 – 13.
- Jansen, P. W., Tharner, A., Ende, J., Wake, M., Raat, H., Hofman, A., Verhulst, F. C., Ijzendoorn, M. H., Jaddoe, V. W. V., & Tiemeier, H. 2014. Feeding practices and child weight: is the association bidirectional in preschool children? *The American Journal of Clinical Nutrition*, *100* (5), 1329-1336.
- Johnson, L. & Birch, L. L. (1994). Parents and childrens adiposity and eating style. *Pediatrics*, *94* (5), 653–661.
- Johannsen, D. L., Johannsen, N. M. & Specker, B. L. (2006). Influence of parents' eating behaviors and child feeding practices on children's weight status. *Obesity*, *14*(3), 431-439.
- Haycraft, E. L., & Blissett, J. M. (2008). Maternal and paternal controlling feeding practices: reliability and relationships with BMI. *Obesity (Silver Spring)*, *16* (7), 1552-1558.
- Horst, K., Ferrage, A., & Rytz, A. (2014). Involving children in meal preparation. Effects on food intake. *Appetite*, *79*, 18-24.
- Leiras, E. M. V. (2015). Comportamento alimentar da criança: a influência materna. *Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária*. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana de Castelo.
- Lo, K., Cheung, C., Lee, A., Tam, W. W. S., & Keung, V. (2015). Associations between parental feeding styles and childhood eating habits: a survey of hong kong pre-school children. *Plos One* *10*(4): e0124753. doi:10.1371/journal.pone.0124753
- Lobstein, T., Baur, L., & Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: a crises in public health. *Obesity Reviews*, *5* (1), 4-85.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, *50*, 1-11.

- Maynard, L. M., Galuska, D. A., Blanck, H. M., & Serdula, M. K. (2003). Maternal perceptions of weight status of children. *Pediatrics, 111* (5), 1226-1231.
- Mello, E. D., Luft, V. C. & Meyer, F. (2004). Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *Jornal de Pediatria, 80*(3), 173-182.
- Mennella, J. A., & Beauchamp, G. K. (1996). The human infants' response to vanilla flavors in mother's milk and formula. *Infant Behavior and Development, 19*(1), 13-19.
- Mintz, S. W. (2001). Comida e antropologia: uma breve revisão. *Revista Brasileira Ciências Sociais, 16*(47).
- Musher-Eizenman, D., & Holub, S. (2007). Comprehensive feeding practices questionnaire: validation of a new measure of parental feeding practices. *Journal of Pediatric Psychology, 32* (8), 960-972.
- Nowicka, P., Sorjonen, K., Pietrobelli, A., Flodmark, C. E., & Faith, M. S. (2014). Parental feeding practices and associations with child weight status. Swedish validation of the child feeding questionnaire finds parents of 4-years-olds less restrictive. *Appetite, 81*, 232-241.
- Ogden, J. (2003). *The psychology of eating from healthy to disordered behaviour*. 1ª Ed. United Kingdom: Blackwell Publishing.
- Ogden, J., Reynolds, R. & Smith, A. (2006). Expanding the concept of parental control: A role for overt and covert control in children's snacking behaviour? *Appetite, 47*, 100-106
- Oliver, G., Wardle, J. & Gibson, E. L. (2000). Stress and food choice: a laboratory study. *Psychosomatic Medicine, 62* (6), 853-865.
- Orrell-Valente, J. K., Hill, L. G., Brechwald, W. A., Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (2007). "Just three more bites": an observational analysis of parents' socialization of children's eating at mealtime. *Appetite, 48* (1), 37-45.


- Patrick, H. & Nicklas, T. A. (2005). A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *Journal of the American College of Nutrition*, 24(2), 83-92.
- Passos, D. R., Gigante, D. P., Maciel, F. V., & Matijasevich, A. (2014). Comportamento alimentar infantil: comparação entre crianças sem e com excesso de peso em uma escola do município de Pelotas, RS. *Revista Paulista de Pediatria*, 33 (1), 42-49.
- Pelchat, L. & Pliner, P. (1995). Try it you'll like it: effects of information on willingness to try novel foods. *Appetite*, 24, 153-166.
- Pliner, P. (1994). Development of Measures of Food Neophobia in Children. *Appetite*, 23, 147-163.
- Ramos, M. & Stein, L. M. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria*, 76(Supl.3), S229-S237.
- Resendes, H. F. R. (2012). Regulação emocional e atitudes alimentares em estudantes universitários: um estudo na Universidade dos Açores. *Tese de Mestrado em Psicologia Clínica*. Minho: Escola de Psicologia da Universidade do Minho.
- Rochina, J. & Sousa, B. (2012). Os estilos e práticas parentais, a alimentação e o estado ponderal dos seus filhos. *Alimentação Humana*, 18 (1), 2-7.
- Rodgers, R. F., Paxton, S. J., Massey, R., Campbell, K. J., Wertheim, E. H., Skouteris, H., & Gibbons, K. (2013). Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: a prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 1-10.
- Rossi, A., Moreira, E. & Rauen, M. (2008). Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Revista de Nutrição*, 21(6), 739-748.
- Russel, C. & Worsley, A. (2008). A Population-based Study of Preschoolers' Food Neophobia and Its Associations with Food Preferences. *Journal Nutrition Education and Behavior*, 40, 11-19.

- Scaglioni, S., Salvioni, M., & Galimberti, C. (2008). Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *British Journal of Nutrition*, 99 (1), 22-25.
- Skinner, J., Carruth, B. R., Moran, J., Houck, K., Schmidhammer, J., Reed, A., Coletta, F., Cotter, R., & Ott, D. (1998). Toddler's food preferences: concordance with family members' preferences. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 30 (1), 17-22. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3182\(98\)70270-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3182(98)70270-5)
- Sleddens, E. F. C., Kremers, S. P. J., & Thijs, C. (2008). The children's eating behaviour questionnaire: factorial validity and association with body mass index in Dutch children aged 6-7. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5 (49), 1-9.
- Stanek, K., Abbott, D. & Cramer, S. (1990). Diet quality and the eating environment of preschool children. *Brief Communications*, 90 (11).
- Sullivan, S. A., & Birch, L. L. (1990). Pass the sugar, pass the salt: Experience dictates preference. *Developmental Psychology*, 26(4), 546-551. doi:10.1037/00121649.26.4.546
- Tanofsky-Kraff, M., Theim, K. R., Yanovski, S. Z., Bassett, A. M., Burns, N. P., Ranzenhofer, L. M., Glasofer, D. R., & Yanovski, J. A. (2007). Validation of the emotional eating scale adapted for use in children and adolescents (EES-C). *International Journal of Eating Disorders*, 40 (3), 232-240.
- Valle, J. M. N. & Euclides, M. P. (2007). A formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. *Revista da Associação Portuguesa de Sociologia*, 10(1), 59-65.
- Ventura, A. K. & Birch, L. L. (2008). Does parenting affect children's eating and weight status? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5 (15), 1-12.
- Vereecken, C. A., Keukelier, E., & Maes, L. (2004). Influence of mother's educational level on food parenting practices and food habits of young children. *Appetite*, 46, 93-103.

- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4(20), 611-624.
- Viana, V., Candeias, I., Rego, C. & Silva, D. (2009). Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: uma revisão da bibliografia. *Alimentação Humana*, 15(1).
- Viana, V., Santos, P. L. & Guimarães, M. J. (2008). Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 2019-231.
- Viana, V. & Sinde, S. (2008). O comportamento alimentar em crianças: estudo de validação de um questionário numa amostra portuguesa (CEBQ). *Análise Psicológica*, 1(16), 111-120.
- Viana, V., Sinde, S. & Saxton, J. C. (2008). Children's eating behaviour questionnaire: associations with BMI in portuguese children. *British Journal of Nutrition*, 100, 445-450.
- Viana, V., Sinde, S. & Saxton, J. C. (2011). Questionário do comportamento alimentar da criança (CEBQ). *Instrumentos e Contextos de Avaliação Psicológica*, 1, 145-157.
- Wardle, J. (1995). Parental influences on children's diets. *Proceedings of the Nutrition Society*, 54(03), 747-758.
- Wardle, J., Guthrie, C. A., Sanderson, S. & Rapoport, L. (2001). Development of the children's eating behaviour questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(7), 963-970.
- Webber, L., Hill, C., Saxton, J., Jaarsveld, C. H. M. V., & Wardle, J. (2008). Eating behaviour and weight in children. *International Journal of Obesity*, 33, 21-28.

# ANEXOS

## Anexo 1 – Questionário Sociodemográfico e Estatuto Ponderal

		INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA	□□□□
<b>Instruções</b>			
Modo de preenchimento do CÍRCULO :		Modo de preenchimento do CÍRCULO no caso de engano :	
● ○ ○		● ○ ○	
<b>INFORMAÇÃO ACERCA A CRIANÇA</b>			
Idade: □□	Data de Nascimento: □□ / □□ / □□□□	Sexo: <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino	
<b>Com quem vive a criança:</b>			
<input type="radio"/> Mãe e Pai <input type="radio"/> Só com a mãe <input type="radio"/> Só com o pai <input type="radio"/> Outros: _____			
<b>Indique o mais aproximadamente possível:</b>			
Peso da criança □□□□ (ex. 20,5Kg - 205gr)		Altura da criança □□□□ (ex. 1,10m - 110cm)	
Nº de elementos do agregado familiar: □			
Idade do Pai: □□		Idade da Mãe: □□	
<b>INFORMAÇÃO ACERCA DOS PAIS</b>			
<b>Estado civil dos pais:</b>			
<input type="radio"/> Solteiros <input type="radio"/> Casados <input type="radio"/> Vivem maritalmente <input type="radio"/> Separados <input type="radio"/> Divorciados <input type="radio"/> Outro: _____			
<b>Escolaridade do Pai?</b>			
<input type="radio"/> Menor ou igual a 4 anos de escolaridade <input type="radio"/> Concluiu 6 anos de escolaridade <input type="radio"/> Concluiu 9 anos de escolaridade <input type="radio"/> Concluiu 12 anos de escolaridade <input type="radio"/> Concluiu ensino superior			
Profissão do Pai: _____			
<b>Escolaridade da Mãe?</b>			
<input type="radio"/> Menor ou igual a 4 anos de escolaridade <input type="radio"/> Concluiu 6 anos de escolaridade <input type="radio"/> Concluiu 9 anos de escolaridade <input type="radio"/> Concluiu 12 anos de escolaridade <input type="radio"/> Concluiu ensino superior			
Profissão da Mãe: _____			
<b>Relativamente a si:</b>			
O meu peso □□□□ (ex. 70Kg - 070)		A minha altura □□□□ (ex. 1,70m - 170cm)	
<b>Indique quem respondeu ao questionário:</b>			
<input type="radio"/> Pai <input type="radio"/> Mãe <input type="radio"/> Outro: _____			



## *Anexo 2 – Exemplo de carta às Instituições: pedido de colaboração*

Beatriz Francisco e Raquel Martins

Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Alameda da Universidade

1649-013 Lisboa Tm: 916879623

e-mail: raquelcorreiamartins92@gmail.com / beatrizfrancisco92@gmail.com



---

**\_\_ de Dezembro de 2015**

**Assunto:** Pedido de colaboração para uma investigação

Exmo. Sr.º \_\_\_\_\_,

Na qualidade de alunas de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, vimos por este meio solicitar a colaboração do Jardim-de-Infância para a implementação do estudo “Desenvolvimento do comportamento alimentar na criança pré-escolar: Estilos e estratégias parentais e comportamento da criança”, no qual se inserem os nossos projetos de Dissertação de Mestrado, orientado pela Professora Doutora Luísa Barros.

O projeto “Desenvolvimento do comportamento alimentar na criança pré-escolar: Estilos e estratégias parentais e comportamento da criança” tem como objetivo conhecer melhor o comportamento alimentar das crianças entre os 3 e os 5 anos face às refeições e determinados alimentos, e conhecer as estratégias que os pais utilizam para educar os seus filhos, quando confrontados com esses comportamentos. Sabemos que as crianças têm maneiras diferentes de lidar com a alimentação, colocando diferentes desafios educativos, para os quais os pais vão encontrando soluções diferentes, umas mais adaptadas do que outras. É fundamental aprofundar as formas mais ou menos adaptadas que os pais encontram para ir respondendo aos filhos e facilitarem o seu desenvolvimento e adaptação. Nesta fase pretendemos apenas centrar-nos no estudo dos pais e dos filhos entre os 3 e os 5 anos.

A colaboração com este projeto implica o preenchimento de um conjunto de questionários pelos pais (pai e mãe respetivamente) das crianças entre os 3 e os 5 anos que frequentam o jardim-de-infância, depois de obtido o respetivo consentimento informado. O preenchimento do questionário é inteiramente confidencial, sendo apenas pedidos alguns dados demográficos para fins da investigação. O apoio solicitado ao jardim-de-infância prende-se com a mediação do contacto entre a equipa de investigação e as famílias, nomeadamente para a distribuição e recolha dos materiais. No fim do projeto será devolvida a informação sobre os resultados gerais e grupais (sem identificação de nenhuma situação individual) à escola e aos pais que manifestem esse interesse.

A aplicação dos questionários seria, se possível e tendo em conta a disponibilidade da escola e do jardim-de-infância, a partir da última semana de janeiro de 2016.

Ficamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que considerem necessários e aguardamos uma resposta.

Agradecendo desde já a atenção dispensada,

Com os melhores cumprimentos

Beatriz Francisco e Raquel Martins

### Anexo 3 – Protocolo de Consentimento para os Pais

#### Caros Pais,

Vimos convidá-los a participar no estudo “Desenvolvimento do comportamento alimentar na criança pré-escolar: estilos e práticas parentais e comportamento da criança”, inserido no projeto de Dissertação de Mestrado do Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (FPUL), orientado pela Prof<sup>a</sup> Doutora Luísa Barros e que tem como objetivo conhecer melhor o desenvolvimento do comportamento e dos hábitos alimentares das crianças entre os 3 e os 5 anos, bem como a influência dos pais nesse comportamento. Todas as famílias de crianças dos 3 aos 5 anos são convidadas a participar. Para participarem, terão de entregar o formulário de consentimento que se encontra no final da página. Antes de o preencher, por favor leiam atentamente as informações abaixo.

#### O que é este Projeto?

É um projeto de investigação que pretende estudar o desenvolvimento do comportamento alimentar das crianças entre os 3 e os 5 anos e os estilos e práticas parentais de alimentação.

#### Se aceitar participar, o que me é pedido?

Nesta primeira fase pedimos aos pais que assinem esta autorização na folha anexa e a devolvam à educadora dos filhos. Em seguida será enviado para casa dos pais que aceitaram participar no estudo, através da educadora da criança, um envelope com um conjunto de questionários relacionados com o comportamento e hábitos alimentares das crianças, os estilos e práticas de alimentação parentais e as cognições parentais alimentares, e um envelope para sua devolução. Após o preenchimento, os questionários deverão ser devolvidos à educadora, no envelope fechado e sem identificação. Calculamos que os questionários demorem cerca de 35 a 45 minutos a preencher.

#### Qual a vantagem de participar?

A informação recolhida nos questionários e analisada pelas alunas de mestrado permitirá contribuir para o avanço do conhecimento sobre o comportamento alimentar das crianças e os estilos e práticas parentais de alimentação. Este conhecimento é fundamental para desenvolver programas de educação alimentar direcionadas às crianças e aos pais.

#### Sou obrigado a participar?

A participação é voluntária, mas é muito importante para nós termos o maior número possível de participantes. Se recusar participar neste estudo, isso não afectará a sua relação com o estabelecimento de ensino nem os cuidados prestados ao seu educando. A participação no estudo pode ser interrompida em qualquer momento.

#### Quem tem acesso aos dados?

Os dados recolhidos são totalmente confidenciais. Apenas as alunas de mestrado e a orientadora terão acesso aos dados individuais. Cada questionário terá um código que permitirá identificar as respostas e que apenas será conhecido pelos investigadores do projeto. Os resultados coletivos, resultantes da combinação das respostas de todos os participantes, serão tornados acessíveis aos pais que assim o pretendam no final do estudo.

#### Se precisar de mais informação, com quem deve contactar?

Por favor, contacte com as responsáveis do projeto de investigação, as alunas de mestrado, Beatriz Francisco e Raquel Martins, através dos respetivos emails: [beatrizfrancisco92@gmail.com](mailto:beatrizfrancisco92@gmail.com) e [raquelcorreiamartins92@gmail.com](mailto:raquelcorreiamartins92@gmail.com).

#### PROTOCOLO DE CONSENTIMENTO

**Projeto:** “Desenvolvimento do comportamento alimentar na criança pré-escolar: estilos e estratégias parentais e comportamento da criança”.

Código: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, encarregado de educação de \_\_\_\_\_, li a informação fornecida e (assinalar com uma cruz a opção escolhida).

Aceito participar no Projeto

Não aceito participar no Projeto

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_