



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

PRÁTICAS ALIMENTARES PARENTAIS E OS SEUS
DETERMINANTES

MARTA PEREIRA GOMES

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

2016

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de
Professora Doutora Filipa Pimenta, apresentada no ISPA –
Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na
especialidade de Psicologia da Saúde.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, não podia deixar de agradecer à minha família, pelo apoio incondicional, mas em especial aos meus pais e avó, que me deram a possibilidade de frequentar o curso que eu sempre quis, por aceitarem e apoiarem sempre as minhas escolhas e por estarem sempre presentes nas minhas vitórias e nos momentos menos bons, obrigada por acreditarem em mim. Sem vocês teria sido muito mais difícil.

Aos meus amigos pela força que sempre me deram.

A ti, Joana, pela tua amizade.

Ao meu namorado, a pessoa que mais esteve presente nesta etapa da minha vida. O teu apoio foi fundamental, tornas-te as coisas bem mais fáceis. Obrigada pelo teu carinho e por confiares em mim.

À Professora Doutora Filipa Pimenta, não só por me ter disponibilizado a amostra para a realização deste estudo, mas também pela sua disponibilidade, pela paciência e pela persistência em tentar sempre que eu desse o meu melhor. Muito obrigada pelo seu apoio incontestável.

À Professora Doutora Isabel Leal, pela disponibilidade que sempre demonstrou.

Não podia deixar de agradecer também aos meus colegas de turma, por todos os momentos que passámos juntos e por todo o conhecimento e apoio que partilhámos. Em especial, ao Gonçalo, o amigo que está sempre disponível para me ouvir, à Maria Rita, pela ajuda neste etapa do curso, à Patrícia e à Carolina, amigas que levarei sempre comigo e à Inês Rosa, a amiga com quem partilhei as minhas angústias e que me deu muita força nos momentos mais difíceis.

À minha querida avó, e a ti avô...

Resumo

A prevalência da obesidade infantil tem vindo a aumentar nos últimos anos, e visto que os pais são os responsáveis pela criação dos hábitos alimentares dos filhos, o objetivo do presente estudo é averiguar numa amostra de mães e pais com filhos entre os 2 e os 18 anos, se as práticas alimentares parentais são determinadas pelos comportamentos alimentares dos pais, pela sua autoeficácia percebida e por variáveis sociodemográficas. A amostra é constituída por 252 participantes, com idades compreendidas entre os 23 e os 57 anos e com um IMC médio de 25kg/m². Aplicou-se o Questionário de Estilo Alimentar Parental (QEAP), a subescala Autoeficácia da Escala de Expectativas Generalizadas de Controlo (BEEGC-20) e o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA). Procedeu-se à construção do modelo de equações estruturais entre a variável dependente (QEAP) e as variáveis independentes (autoeficácia, QHCA e variáveis sociodemográficas). Os resultados indicaram que a autoeficácia se associa ao encorajamento ($\beta=0,290$; $p=0,012$), à alimentação emocional ($\beta=-0,319$; $p<0,001$) e instrumental ($\beta=-0,295$; $p<0,001$). A ingestão emocional associa-se à alimentação emocional ($\beta=0,171$; $p=0,004$). A ingestão externa correlaciona-se com o controlo ($\beta=-0,155$; $p=0,031$), alimentação instrumental ($\beta=0,273$; $p<0,001$) e emocional ($\beta=0,137$; $p=0,034$). Os resultados indicaram que pais com maior capacidade de autoeficácia geral tendem a exercer práticas alimentares parentais mais saudáveis, verificando-se igualmente que o tipo de comportamento alimentar dos pais prediz o comportamento alimentar praticado com os filhos, o que demonstra a influência destes no ambiente alimentar dos filhos e a sua importância enquanto provedores de práticas alimentares saudáveis.

Palavras-chave: comportamento alimentar parental; práticas alimentares parentais; autoeficácia;

Abstract

The prevalence of child obesity has been increasing in recent years and, since the parents are responsible for creating their child's eating habits, the aim of the present study is to ascertain, on a sample of mothers and fathers with children between the age of 2 and 18 years old, if the parental feeding practices are determined by the parental eating behaviour, by the perceived self-efficacy and by sociodemographic variables. The sample consists of 252 participants, aged in principle between 23 and 57 years old and with a mean BMI 25kg/m². The Parental Feeding Style Questionnaire (PFSQ), the self-efficacy sub scale of Generalized Expectations of Control Scale (BEEGC-20) and the Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) were conducted. A Structural Equation Modelling was made between the dependent variable (PFSQ) and the independent variables (self-efficacy, DEBQ and the sociodemographic variables). The results indicated that the self-efficacy associates itself with encouragement ($\beta=0,290$; $p=0,012$), emotional eating ($\beta=-0,319$; $p<0,001$) and instrumental eating ($\beta=-0,295$; $p<0,001$). The emotional eating (DEBQ) associates itself with emotional eating ($\beta=0,171$; $p=0,004$). The external eating (DEBQ) correlates itself with control ($\beta=-0,155$; $p=0,031$), instrumental eating ($\beta=0,273$; $p<0,001$) and emotional eating ($\beta=0,137$; $p=0,034$). The results indicated that parents with greater capacity of general self-efficacy tend to practice healthier parental feeding practices, being equally verified that the type of eating behaviour of the parents predicts the parental feeding practices practiced by their children, which shows their influence on the feeding environment of the children and their importance as providers of healthy feeding practices.

Key-words: parental eating behaviour; parental feeding practices; self-efficacy;

Índice

Introdução	9
Obesidade e Excesso de Peso	9
Causas da Obesidade e Excesso de Peso	10
Consequências da Obesidade e Excesso de Peso	12
Pais Como Provedores do Ambiente Alimentar	13
Estilos Alimentares Parentais	15
Comportamento Alimentar do Adulto e a Sua Relação com as Práticas Alimentares Parentais	17
Autoeficácia Geral dos Pais	21
Variáveis Sociodemográficas, de Estado de Saúde e de Estilo de Vida e a sua Influência no Contexto Alimentar	22
Método	26
Desenho de Investigação	26
Participantes	26
Material	28
Questionário de Estilo Alimentar Parental (QEAP)	28
Escala de Expectativas Generalizadas de Controlo (BEEGC-20)	28
Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA)	29
Questionário Sociodemográfico, de Estado de Saúde e de Estilo de Vida	30
Procedimento	30
Análise Estatística	31
Resultados	31
Discussão	43
Referências	51
Anexos	74
Anexo A: Comprovativo da Autorização de Utilização do QHCA	74
Anexo B: Modelo de Medida	76

Anexo C: Modelo de Equações Estruturais	77
Anexo D: Output da Tabela do Peso das Regressões do Modelo de Equações Estruturais	78
Anexo E: Output da Tabela do Peso das Regressões <i>Standardizadas</i> do Modelo de Equações Estruturais	79

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Características Sociodemográficas, de Estilo de Vida e de Estado de Saúde dos Participantes	27
Tabela 2 - Correlação Entre as Práticas Alimentares Parentais e o Comportamento Alimentar do Adulto e Autoeficácia	35
Tabela 3 - Correlação Entre as Práticas Alimentares Parentais e Variáveis Sociodemográficas	35
Tabela 4 - Correlação Entre as Práticas Alimentares Parentais e Variáveis de Estilo de Vida	36
Tabela 5 - Teste T-student Entre a Subescala Controlo e Variáveis Sociodemográficas, de Estado de Saúde e de Estilo de Vida	37
Tabela 6 - Teste T-student Entre a Subescala Alimentação Emocional e Variáveis Sociodemográficas, de Estado de Saúde e de Estilo de Vida	38
Tabela 7 - Teste T-student Entre a Subescala Promoção/Encorajamento e Variáveis Sociodemográficas, de Estado de Saúde e de Estilo de Vida	39
Tabela 8 - Teste T-student Entre a Subescala Alimentação Instrumental e Variáveis Sociodemográficas, de Estado de Saúde e de Estilo de Vida	40
Tabela 9 - Trajetórias Significativas Entre as Variáveis Dependentes e Independentes	42

Lista de Figuras

Figura 1 – Análise Fatorial Confirmatória do QEAP	32
Figura 2 – Análise Fatorial Confirmatória do QHCA	33
Figura 3 – Análise Fatorial Confirmatória da Subescala Autoeficácia BEEGC-20	34
Figura 4 – Trajetórias Significativas e não Significativas Entre as Variáveis Dependentes e Independentes	41

Introdução

Obesidade e Excesso de Peso

A obesidade e o excesso de peso são um problema grave de saúde pública, que se manifesta a nível mundial e por isso está a ganhar cada vez mais atenção científica (Warschburger, 2005; Kröller & Warschburger, 2008). Este problema é responsável por mais mortes no mundo comparativamente com o baixo peso (OMS, 2016). Desde 1980 que a obesidade tem vindo a aumentar significativamente: em 2013, tinham peso a mais ou obesidade, 42 milhões de crianças, com idade inferior a 5 anos; em 2014, mais de 1,9 biliões de pessoas, com idade igual ou superior a 18 anos, apresentavam excesso de peso, sendo que desses 1,9 biliões, mais de 600 milhões tinham obesidade (OMS, 2016). Na Europa, a obesidade tem crescido nas últimas duas décadas, com uma prevalência estimada de 20% em crianças e adolescentes (Branca, Nikogosian, & Lobstein, 2007; Finucane et al., 2011; Manios & Costarelli, 2011). Portugal tem sido apontado como um dos países da Europa com uma prevalência mais elevada de obesidade infantil, onde uma em três crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos, sofre de obesidade (Branca et al., 2007; Cattaneo et al., 2010; Carvalho, Carmo, Breda, & Rito, 2011; Rito et al., 2012).

A classificação do excesso de peso e da obesidade é feita pelo índice de massa corporal (IMC) que avalia o peso em função da altura (o peso em quilogramas é dividido pelo quadrado da altura em metros: kg/m^2). O indivíduo tem excesso de peso se tiver um IMC igual ou superior a 25 kg/m^2 (OMS, 2016). O IMC é um índice amplamente utilizado para classificar o excesso de peso e a obesidade, mas apresenta algumas limitações. Uma delas é o facto de não ter em consideração a percentagem de massa gorda, levando por vezes a enviesar a conclusão sobre o peso (saudável/excessivo), pois pode classificar indivíduos como tendo peso a mais, quando estes apresentam uma percentagem de massa gorda considerada saudável (Herédia, Pimenta, Lima, Bernarda, & Simões, 2012). Contudo, apesar das limitações, é um índice de rápida aplicação e de fácil cálculo, podendo ainda ser aplicado nos adultos de qualquer idade e em ambos os sexos, o que potencia o seu uso (OMS, 2016).

Devido ao aumento da prevalência do excesso de peso e obesidade, mostra-se relevante averiguar quais os fatores que influenciam o seu aparecimento.

Causas da Obesidade e Excesso de Peso

O excesso de peso e a obesidade são caracterizados pela acumulação excessiva de gordura, considerada como prejudicial para a saúde do indivíduo; isto deve-se a um desequilíbrio entre as calorias que os indivíduos consomem e as calorias que gastam (OMS, 2016). Diversos fatores determinam as escolhas alimentares, tais como os fatores biológicos, económicos, sociais e culturais, familiares, psicológicos e emocionais, fisiológicos e ambientais (Frust, Connors, Bisogni, Sobal, & Falk, 1996; Escrivão, Oliveira, Taddei, & Lopez, 2000; Oliveira, Cerqueira, Souza, & Oliveira, 2003; Salve, 2005; Toral & Slater, 2007; Viana, Lopes dos Santos, & Guimarães, 2008).

Em relação aos fatores biológicos, é importante dar destaque aos fatores genéticos que são uma forte influência neste contexto (Benton, 2004). A investigação indica que quando os pais têm excesso de peso/obesidade, existe uma maior probabilidade que os seus filhos venham a ter essa mesma condição (Grilo & Pogue-Geile, 1991; Whitaker, Wright, Pepe, Seidel, & Dietz, 1997). A genética influencia a variação de peso entre os indivíduos, mesmo que estes estejam expostos ao mesmo ambiente alimentar (Plomin, DeFries, Knopik, & Neiderhiser, 2012). Estudos com gémeos mostram essa mesma influência: existe evidência de que gémeos adotados e a viverem com famílias e em ambientes alimentares diferentes apresentam praticamente o mesmo peso (Grilo & Pogue-Geile, 1991).

Apesar da genética, grande parte das preferências alimentares são adquiridas (Viana et al., 2008), por isso, os pais representam também uma grande influência nos comportamentos alimentares e ingestão de comida dos filhos, pois são eles que promovem as preferências alimentares ensinando o que será benéfico ou não para as crianças (Benton, 2004). Os pais, através da implementação de práticas e estilos alimentares específicos, são os responsáveis por definir o ambiente alimentar em casa (Blissett & Bennett, 2013; Rodenburg, Kremers, Oenema, & van de Mheen, 2013).

Os fatores ambientais, nomeadamente o aumento na oferta e na variedade de alimentos com alto teor energético, com sabores mais agradáveis e com marketing mais apelativo promove um maior consumo destes mesmos alimentos (Johnson, 2000; Harris, Pomeranz, Lobstein, & Brownell, 2009). Os media e a propaganda referente aos alimentos têm igualmente um papel determinante na dieta dos indivíduos (Caldeira, 2000; de Assis, 2000; Almeida, Nascimento, & Quaioti, 2002;). Para além disso, o álcool também é apontado como um fator ambiental que afeta a prevalência da obesidade, tal como o tabaco (Neto, 1996; Caterson, 2002; Beraldo, Vaz, & Naves, 2004; Salve, 2005; Piccoli, 2014); os cigarros

estão relacionados com o ganho de peso, sendo considerados úteis para o controlo de peso devido às suas propriedades, atuando ainda como um substituto oral ou de modo a suprimir emoções que estejam relacionadas com o comer em demasia (Hall, Ginsberg, & Jones, 1986).

O sedentarismo (mudanças nos meios de transporte, deslocação através da viatura própria; atividades lúdicas sedentárias, etc.) também é considerado um fator ambiental promotor da obesidade infantil (Rivera et al., 2002; Brownson, Boehmer, & Luke, 2005; OMS, 2016). Como atividades lúdicas sedentárias que promovem a obesidade, identificam-se as horas despendidas em frente à televisão, visto que esta atividade aumenta o tempo de inatividade do indivíduo (Klesges, Shelton, & Klesges, 1993). Assistir televisão, jogar videojogos e utilizar o computador promove o aumento de peso, a diminuição da atividade física, o uso de práticas alimentares pouco saudáveis e o aumento do consumo de alimentos com alto teor de açúcar (Gupta, Saini, Acharya & Miglani, 1994; Gortmaker et al., 1996; Lerner, 2000).

A prática pouco frequente de exercício físico é igualmente uma das causas do aparecimento da obesidade, contudo, quando a prática de exercício físico é demasiado frequente também se relaciona a comportamentos não saudáveis de controlo de peso (Story, Neumark-Sztainer, Resnick, & Blum, 1998). Já a prática de atividade física moderada, aliada a uma alimentação saudável previne e combate a obesidade (Green, 1997; Christoffel & Ariza, 1998; Carlos Poston II & Foreyt, 1999).

Em relação aos fatores económicos, nos países com rendimentos económicos baixos ou médios, as crianças são expostas a uma alimentação mais inadequada no que toca aos nutrientes, ou seja, há uma maior exposição a alimentos com valores energéticos altos, com alto teor de gordura, açúcar e sal, e pobres em nutrientes, principalmente porque o valor monetário destes alimentos é mais baixo. Este tipo de alimentação promove a obesidade (OMS, 2016).

Referente aos problemas emocionais, estes são geralmente considerados uma consequência da obesidade, contudo os problemas psicológicos de autoconceito podem ser uma das causas do seu desenvolvimento (Vasques, Martins, & Azevedo, 2004). A depressão, a ansiedade e o stress são também alguns fatores psicológicos apontados como desencadeadores do excesso de peso, verificando-se assim a influência que as emoções têm na escolha dos alimentos (Dallman et al., 2003; Perez & Romano, 2004; Natacci & Júnior, 2011; Melim, Pinhão, & Correira, 2013).

Tal como os problemas emocionais, o estado de saúde também influencia o contexto alimentar (Rotenberg & Vargas, 2004). Vejamos, indivíduos com hipotonia muscular, com

paralisia cerebral, com dificuldades motoras e com deficiência visual apresentam obesidade/excesso de peso, devido à ingestão elevada de alimentos energéticos em comparação à energia que gastam, devido à escassa ou nenhuma prática de atividade física (Binnis, 1995; Stevenson, Robert, & Vogtle, 1995; Rosenbloom & Sullivan, 1996; Samson-Fang & Stevenson, 2000; Freitas & Cidade, 2002; Good, Lagrow, & Alpass, 2008; Gorgatti, Teixeira, & Vanícola, 2008; Machado, Azambuja, Minuzzi, & Santos, 2016).

Assim como existem fatores que influenciam o aparecimento da obesidade/excesso de peso, também existem consequências para os indivíduos com estas condições de saúde.

Consequências da Obesidade e Excesso de Peso

A literatura sobre obesidade infantil revela que as crianças que sofrem desta doença apresentam como consequência um maior risco de morte prematura, bem como complicações ao nível da saúde na idade adulta, apresentando ainda características como uma fraca capacidade de controlo sobre a escolha dos alimentos e sobre a quantidade de comida que ingerem (Kröller & Warschburger, 2008; OMS, 2016). Tendo um IMC elevado, os indivíduos correm o risco de vir a desenvolver problemas respiratórios e ao nível das articulações, distúrbios músculo-esqueléticos, doenças cardiovasculares, manifestações dermatológicas, doenças crónicas (como a diabetes e o cancro), possuem também um risco de fraturas mais elevado, experienciam hipertensão e apresentam resistência à insulina (Dietz, 1998; National Heart & Blood, 1998; Warschburger, 2005; Lloyd-Jones et al., 2009; Boza, Rech, Sachett, Menegon, & Cestari, 2010; OMS, 2016).

Para além do impacto físico negativo, o excesso de peso/obesidade apresenta também impacto na saúde mental, uma vez que os indivíduos nestas condições apresentam distúrbios psicológicos como baixa autoestima, um aumento da ansiedade e dos níveis de depressão, transtornos alimentares e imagem corporal distorcida (INCA, 2004; Lawrence & Kopelman, 2004; Cataneo, Carvalho, & Galindo, 2005; Warschburger, 2005). Para além desses fatores, sentimentos de autodesprezo, repulsa pela forma corporal, preocupação somática, stress e dificuldades em manter relações interpessoais são igualmente característicos de indivíduos com excesso de peso (Perez & Romano, 2004). Os fatores apontados como prejudiciais para a saúde mental dos indivíduos com obesidade/excesso de peso, baseiam-se no estigma relacionado com o peso, nas limitações ao nível da atividade física ou nas doenças crónicas provocadas por esta condição (Puhl & Brownell, 2006; Simon et al., 2008; Luppino et al., 2010).

O excesso de peso/obesidade, bem como as suas consequências, são evitáveis; a prevenção nesta área é fundamental de modo a promover a adoção de estilos de vida mais saudáveis (OMS, 2016). A promoção de hábitos saudáveis desde cedo, revela ser uma tarefa bem mais fácil e mais económica do que a alteração de hábitos já instalados (Viana, 2002). Devido à alta percentagem de obesidade infantil, é importante também que haja um maior aprofundamento e conhecimento acerca dos fatores que influenciam a ingestão de alimentos com elevado teor energético e o peso das crianças (Frankel et al., 2014). Desta forma, será importante explorar a relevância dos pais neste contexto.

Pais Como Provedores do Ambiente Alimentar

Os hábitos alimentares são criados desde a infância permanecendo durante a idade adulta (Philippas & Lo, 2005). A idade pré-escolar, a idade escolar e a adolescência são idades que podem ser consideradas de risco no que respeita à aquisição de hábitos alimentares pouco saudáveis; contudo, verificam-se também como sendo idades adequadas para intervir. Na idade pré-escolar as crianças já têm a capacidade de compreender a importância que certos alimentos têm na sua alimentação e a forma como influenciam o seu crescimento. Na idade escolar existe um aumento do consumo de alimentos ricos em gordura, açúcar e sal. Já na adolescência, sendo também um período em que os indivíduos praticam uma alimentação baseada em gordura saturada e ácidos gordos, introduzindo na sua alimentação uma baixa quantidade de vitaminas, minerais, fibras, frutas e legumes, começa ainda a haver uma maior importância dada ao corpo, bem como uma maior autonomia no que toca à escolha dos alimentos (Munõz, Krebs-Smith, Ballard-Barbash, & Cleveland, 1997; Monge-Rojas, 2001a; Monge-Rojas, 2001b; Viana, 2002; Fitzgerald, Heary, Nixon, & Kelly, 2010).

O desenvolvimento das preferências alimentares das crianças é promovido pelos pais, pois são eles os responsáveis pela escolha e pela compra da comida, desempenhando o papel de reguladores, provedores e modelos para os seus filhos. (Birch & Fisher, 1998; Jenkins & Horner, 2005; Patrick, Nicklas, Hughes, & Morales, 2005; Savage, Fisher, & Birch, 2007; Kröller & Warschburger, 2008; Salvy, Vartanian, Coelho, Jarrin & Pliner, 2008). Desta forma, é importante que os pais intervenham precocemente, proporcionando uma alimentação saudável e variada às crianças e adolescentes, evitando práticas alimentares restritivas e coercivas (Viana, 2002; Savage, Fisher, & Birch, 2007; Boots, Tiggemann, Corsini, &

Mattiske, 2015); tal permitirá que os mesmos usufruam de consequências positivas ao nível da saúde, ao longo das suas vidas (Lytle, 2002).

Segundo a Teoria Sociocognitiva, o comportamento resulta de fatores ambientais e pessoais que se influenciam uns aos outros reciprocamente, seguindo assim o princípio da tríade do determinismo recíproco (Bandura, 1989b). Esta mesma teoria, defende que as crianças ao imitarem os pais, adquirem mais facilmente hábitos alimentares saudáveis (Lo, Cheung, Lee, Tam, & Keung, 2015). Por essa razão, os processos interativos comportamentais que ocorrem em volta da alimentação entre os pais e os filhos influenciam largamente os comportamentos das crianças e o seu peso (Wardle, Carnell, & Cooke, 2005; Larson, Neumark-Sztainer, Hannan, & Story, 2007). Wardle et al. (2005) documentam que quando as crianças estão expostas a ambientes onde observam os adultos a apreciar e a ingerir frutas e vegetais e quando existe uma maior disponibilidade e um maior acesso aos mesmos em casa, apresentam um maior consumo e uma melhor aceitação destes alimentos. Sendo estes resultados comprovados por outros dois estudos que indicam que o consumo regular de pequeno-almoço e de frutas por parte dos pais ajuda também as crianças a ganharem mais interesse e a ficarem curiosas por experimentar diversos alimentos (Sleddens, Kremers, Vries, & Thijs, 2010; Vereecken, Rovner, & Maes 2010). Resumindo, e tal como Vereecken et al. (2010) referem, um dos mais influentes preditores para que as crianças comecem a ingerir mais fruta, é precisamente a ingestão das mesmas por parte dos próprios pais. Desta forma, é essencial que as crianças tenham experiências positivas e repetidas e que observem outras pessoas a praticar este tipo de alimentação, para que elas comecem a gostar e a comer dessa mesma forma (Savage, Fisher, & Birch, 2007).

Por essa razão as refeições em família também demonstram ser benéficas para a alimentação dos jovens, potenciando um maior consumo de frutas e vegetais, um consumo mais frequente de pequeno-almoço e uma menor ingestão de refrigerantes por parte das crianças. Verifica-se que as refeições em família ao longo da adolescência promovem, durante a idade adulta, um consumo regular de refeições, bem como de legumes e alguns nutrientes específicos (Gillman et al., 2000; Neumark-Sztainer, Hannan, Story, Croll, & Perry, 2003; Videon & Manning, 2003; Larson, Neumark-Sztainer, Story, & Hannan, 2007).

A disponibilidade de alimentos saudáveis e os conhecimentos sobre nutrição apresentam-se também como fatores influenciadores do comportamento alimentar e do peso das crianças (Skouteris et al., 2011). De forma geral, os pais sabem quais são os alimentos que são benéficos para a saúde dos seus filhos (Omar, Coleman, & Hoerr, 2001); no entanto, nem sempre conseguem promover uma alimentação variada, preparando, por exemplo, a

alimentação de acordo com as preferências das crianças, na tentativa de evitar discussões na hora da refeição (Rigal, Chabanet, Issanchou, & Monnery-Patris, 2012).

Tendo em conta que os hábitos alimentares dos adolescentes, são criados consoante a influência dos estilos alimentares que os pais exercem sobre eles (da Veiga & Sichieri, 2006; de Bourdeaudhuij, 2008; Guilano-Ramos et al., 2007), é importante compreender que estilos existem e quais as consequências ou os benefícios destes para a alimentação dos jovens.

Estilos Alimentares Parentais

Tal como os estilos parentais, os estilos alimentares parentais também são um balanço entre a responsividade e a exigência (Hughes et al., 2005). A exigência, no contexto alimentar, baseia-se na quantidade de vezes que os pais encorajam os filhos a comer, enquanto que a responsividade refere-se à forma como os pais fazem esse incentivo (Hughes et al., 2005). Os estilos alimentares parentais dividem-se igualmente em quatro estilos: autoritativo, autoritário, não envolvido e indulgente (Hughes et al., 2005; Hughes, Shewchuk, Baskin, Nicklas, & Qu, 2008; Hoerr et al., 2009; Hennessy, Hughes, Goldberg, Hyatt, & Economos, 2010; Hughes et al., 2011; Tovar et al., 2012; Fisher, Birch, Zhang, Grusak, & Hughes, 2013). O estilo autoritativo caracteriza-se por alta exigência e alta responsividade; o autoritário é composto por alta exigência e pouca responsividade; o estilo não envolvido tem a presença de pouca exigência e pouca responsividade; por fim, ao indulgente pertence pouca exigência e alta responsividade (Vollmer & Mobley, 2013).

Contudo, Blissett (2011) refere que existem apenas 3 estilos alimentares parentais, o autoritativo – onde os pais têm altas expectativas em relação à dieta e comportamento alimentar dos filhos, com a presença de comunicação e interações alimentares afetuosas - o autoritário – caracterizado pela existência de regras restritas em relação ao consumo de alimentos - e o permissivo. Este último, Blissett (2011) descreve como sendo um estilo negligente e sem regras, onde em relação à qualidade e quantidade de alimentos não existe qualquer expectativa, revelando um controlo sobre o consumo de alimentos, mas apenas sobre os alimentos disponíveis. O estilo indulgente e negligente são dois estilos que, segundo Blissett (2011), se caracterizam como estilos alimentares parentais permissivos. O estilo indulgente é caracterizado como sendo afectuoso, ao contrário do estilo negligente que é descrito como sendo emocionalmente frio ou distante (Blissett, 2011).

Geralmente, a literatura refere que o estilo parental autoritário não comporta muitos benefícios no que toca ao peso das crianças (Rhee et al., 2006; Berge, Wall, Bauer, et al.,

2010a; Berge, Wall, Loth, et al., 2010b; Fuemmeler et al., 2012; Lane et al., 2013) contudo, no contexto alimentar a situação pode inverter-se, como se pode verificar no estudo de Hoerr et al. (2009) que refere que as crianças apresentam um melhor comportamento alimentar quando os pais optam por um estilo alimentar parental autoritário, pois este estilo ajuda as crianças a moderarem a quantidade de comida que ingerem, bem como a aumentar o consumo de alimentos nutritivos. De acordo com esta premissa, Hughes et al. (2005; 2008) verificaram uma associação negativa entre este estilo alimentar parental e o peso das crianças. Mitchell, Bernnan, Hayes e Miles (2009) apresentam outras conclusões no seu estudo, referindo que o presente estilo se relaciona a práticas alimentares como pressão para comer e controlo, sendo a sua prática ainda associada positivamente à depressão, ansiedade e stress nos pais e negativamente à satisfação destes.

Em relação ao estilo alimentar parental autoritativo, este tem vindo a verificar-se como sendo um estilo benéfico para as crianças (Vollmer & Mobley, 2013). A literatura reporta que o estilo autoritativo permite um maior consumo de frutas, vegetais e laticínios relacionando-se positivamente à disponibilidade de frutas e vegetais em casa (Patrick et al., 2005; Hughes et al., 2007; Vollmer & Mobley, 2013). Este estilo demonstra ainda uma associação ao aumento da prática de exercício físico, a um menor consumo de alimentos pouco nutritivos, bem como à diminuição do risco das crianças ficarem obesas (Hughes et al., 2005; Hennessy et al., 2012; Tovar et al., 2012; Vollmer & Mobley, 2013). O estilo alimentar parental autoritativo mostra-se igualmente correlacionado com a eficácia parental (Mitchell, Bernnan, Hayes, & Miles, 2009).

Contrariamente aos estilos citados anteriormente, o estilo alimentar parental permissivo apresenta uma associação positiva ao peso das crianças (Hughes et al., 2005; Hughes et al., 2008). Este estilo parece promover um maior consumo de alimentos energéticos por parte das crianças e conseqüentemente uma menor ingestão de frutas, de sumos de frutas, vegetais e laticínios à noite (Hoerr et al., 2009). A ingestão de alimentos energéticos verifica-se uma vez que os pais com este estilo alimentar (caracterizado por alta capacidade de resposta, mas muito pouco exigente) tendem a perder o controlo sobre a alimentação promovendo um ambiente obesogénico (Hughes et al., 2008; Hoerr et al., 2009; Saxton, Carnell, Van Jaarsveld, & Wardle, 2009).

Relativamente ao estilo alimentar parental indulgente, caracterizado por ser um estilo onde os pais se revelam demasiado responsivos, também demonstra ser uma prática ineficaz no contexto alimentar, visto que não oferece o controlo necessário relativamente aos alimentos e à alimentação em si (Black & Aboud, 2011). Este estilo não favorece o

desenvolvimento adequado da capacidade de autorregulação das crianças, nomeadamente em relação aos alimentos energéticos (Hughes et al., 2008; Frankel et al., 2012). Por essa razão e consoante vários estudos, é o estilo que se apresenta associado a valores mais altos de IMC nas crianças (Hughes et al., 2005; Hughes et al., 2008; Hoerr et al., 2009; Hennessy et al., 2010; Hughes et al., 2011; Tovar et al., 2012; Fisher et al., 2013).

Por fim, o estilo alimentar parental não envolvido também não promove uma alimentação saudável nas crianças (Vollmer & Mobley, 2013), estando associado ao excesso de peso nas mesmas (Hughes et al., 2015) uma vez que estas, quando os pais exercem este estilo alimentar parental, não consomem tantos alimentos nutritivos como frutas, vegetais e laticínios, consumindo em maior quantidade de alimentos energéticos (Hoerr et al., 2009). Contudo, ao contrário de Hoerr et al. (2009), Hennessy et al. (2012) reportam um menor consumo de alimentos energéticos e refrigerantes em crianças com pais com estilo alimentar parental não envolvido.

Porém, a distinção entre estilos alimentares e as práticas alimentares é por vezes pouco clara, não havendo um conhecimento evidente sobre o que separa estes dois termos, por exemplo, a prática caracterizada pela pressão para comer é considerada uma prática autoritária (Blissett, 2011).

Comportamento Alimentar do Adulto e a sua Relação com as Práticas Alimentares Parentais

Para além dos estilos alimentares parentais existem também as práticas alimentares parentais, que correspondem a técnicas ou comportamentos utilizados com o objetivo de influenciar a ingestão de alimentos, facilitando ou limitando essa ingestão. A pressão para comer (forçar a criança a consumir certos alimentos, ou uma certa quantidade dos mesmos), a restrição (restringir o acesso à ingestão ou quantidades de alimentos), o uso de recompensas para incitar o consumo de alimentos, a promoção/encorajamento (incentivar a criança a comer certos alimentos) e o controlo sobre a alimentação são as práticas alimentares parentais definidas pela literatura (Wardle et al., 2002; Blissett, 2011). Segundo Viana, Candeias, Rego e Silva (2009) o controlo engloba ainda três práticas, sendo elas a pressão para comer, a vigilância ou controlo discreto (vigiar os hábitos alimentares dos filhos, bem como adotar atitudes subtis de controlo; Birch et al., 2001; Snoek et al., 2007; Brown, Ogden, Vogege, & Gibson, 2008) e controlo restritivo (excluir o consumo de alimentos e reduzir as quantidades ingeridas). Para além destas práticas existem também padrões alimentares como a

alimentação emocional (promover/comer alimentos consoante uma angústia emocional), a alimentação instrumental (promover/comer uma alimentação onde a comida é usada como uma recompensa) e a alimentação externa (comer em função de estímulos externos em vez de internos, i.e., comer porque a comida cheira bem em vez de comer por realmente se sentir com fome) (Wardle, 1987; Wardle et al., 2002).

Desta forma, prosseguir-se-á relacionando o comportamento alimentar que o adulto tem consigo próprio com as práticas alimentares que pratica com a criança, introduzindo igualmente quais os efeitos dos diferentes tipos de práticas alimentares parentais na alimentação dos jovens.

Segundo o estudo de Morrison, Power, Nicklas e Hughes (2013), quando as mães praticam uma alimentação externa, tendem a ter filhos mais seletivos na sua alimentação, pois exercem mais controlo sobre a alimentação dos mesmos. Este controlo por parte das mães deve-se ao facto de estas terem consciência da sua tendência para comer em demasia em função de pistas externas - alimentação externa (Morrison et al., 2013). Existem estudos que indicam que o controlo não é uma prática que promova a ingestão de alimentos calóricos por parte das crianças, não existindo igualmente uma associação ao IMC destas (Brann & Skinner, 2005; Montgomery, Jackson, Kelly, & Reilly, 2006; Carnell & Wardle, 2007; Haycraft & Blissett, 2008). Contudo, Brown e Ogden (2004) identificaram que existe uma maior ingestão de lanches pouco saudáveis quando existe uma prática de controlo relativamente à ingestão de alimentos. Neste seguimento, diversos autores referem que o controlo não é a melhor opção para motivar os jovens a ingerirem frutas e vegetais, pois não promove o desenvolvimento da capacidade de autorregulação das crianças (isto é, a capacidade de começar e parar de comer, consoante a fome sentida, assim como mediante as pistas de saciedade recebidas do organismo) relativamente à ingestão de alimentos energéticos (Johnson & Birch, 1994; Baumeister & Vohs, 2004; Blissett, 2011). Consequência dessa má autorregulação é o risco de desenvolvimento da obesidade (Francis & Susman, 2009; Frankel et al., 2014).

Ainda em relação à alimentação externa que o adulto pratica consigo próprio, este padrão alimentar associa-se também à prática de uma alimentação instrumental (recompensar com comida um determinado resultado desejado, por exemplo, como modo de valorizar bons comportamentos; Rodgers et al., 2013) com os filhos (Wardle et al., 2002). Antes de mais é importante referir que a recompensa (i.e. quando os pais recompensam os seus filhos com comida), prática esta exercida no desempenho de uma alimentação instrumental e emocional parental, relaciona-se a comportamentos alimentares problemáticos (Newman & Taylor,

1992; Wardle et al., 2002; Vereecken, Keukelier, & Maes, 2004; de Lauzon-Guillain et al., 2009). Quando as crianças são recompensadas com “snacks” de modo a promover o consumo de alimentos que não gostam, tal irá conduzir à diminuição da preferência desses alimentos, aumentando a preferência pelos “snacks” usados como recompensa (Birch et al., 1980; Newman & Taylor, 1992; Benton, 2004; Vereecken et al., 2004). A recompensa é ainda uma prática que não se verifica como sendo promotora da ingestão de frutas e vegetais; um menor uso de recompensas irá promover um aumento do consumo desses alimentos, uma vez que irá permitir que as crianças tenham um maior controlo sobre a escolha da sua comida (Kröller & Warschburger, 2008).

A alimentação instrumental, como referido anteriormente, assenta na utilização da comida como recompensa o que torna as crianças mais sensíveis a pistas externas alimentares (Wardle et al., 2002; Sleddens et al., 2010). Este padrão alimentar promove uma alimentação menos saudável nas crianças, isto é, incentiva um menor consumo de fruta, vegetais e pequeno-almoço, e uma maior ingestão de alimentos com alto teor energético e lanches (Sleddens et al., 2010; Lo et al., 2015). Quando as mães praticam uma alimentação instrumental, os filhos tendem a apresentar uma alimentação emocional com eles próprios (Rodgers et al., 2013). As crianças apresentam ainda um maior IMC quando os pais exercem uma alimentação instrumental, comparativamente às crianças que não observam esta prática nos seus pais (Puhl & Schwartz, 2003). A prática de uma alimentação instrumental parental contribui assim para o excesso de peso/obesidade, para comportamentos alimentares obesogénicos e padrões de apetite desajustados na infância, tal como a alimentação emocional parental (Wardle, Sanderson, Guthrie, Rapoport, & Plomin, 2002; Sleddens et al., 2010; Mason, 2015).

A ingestão alimentar emocional (comer em função de estímulos emocionais; Wardle, 1987) por parte dos pais tem vindo a ser associada de forma positiva à prática de uma alimentação emocional parental, bem como à utilização de alimentos como recompensa com os filhos (Wardle et al., 2002; de Lauzon-Guillain et al., 2009), verificando-se a tendência para os pais tratarem os seus filhos da mesma forma que eles se tratam a si próprios (Wardle et al., 2002). Este tipo de alimentação praticada pelos pais com eles mesmos, poderá também ser transmitida à criança através da observação que ela faz dessa mesma prática; desta forma, ver os pais a ingerir alimentos consoante estímulos emocionais irá igualmente fazer com que a mesma pratique esse estilo alimentar (Morrison et al., 2013). Desta forma, é desejável que os pais evitem que a alimentação dos filhos se baseie nas necessidades emocionais e na imitação do comportamento dos próprios pais quando este é prejudicial para as crianças.

Recomenda-se por isso que os pais evitem usar alimentos como forma de regular o comportamento e as emoções dos filhos, promovendo antes o interesse para experimentar e comer variados alimentos, pois verifica-se uma menor ingestão de açúcar e alimentos ricos em energia quando existe um encorajamento para experimentar diferentes alimentos (Sleddens et al., 2010; Lo et al., 2015).

Neste seguimento, o encorajamento que os pais praticam demonstra ser benéfico quando estes encorajam os seus filhos a desenvolverem o interesse pela ingestão de alimentos variados, fazendo com que o consumo de alimentos energeticamente ricos e cheios de açúcar por parte das crianças diminua (Sleddens et al., 2010). Os pais orientando os comportamentos alimentares dos seus filhos, encorajando-os a consumir frutas e vegetais, farão com que o consumo desses alimentos aumente e conseqüentemente, que a qualidade de ingestão melhore (Hoerr et al., 2009; Blissett, 2011). Desta forma, é recomendado que o encorajamento de um menor consumo de alimentos ricos em energia, seja praticado de modo a prevenir a obesidade infantil (Newby, 2009). No entanto, nem todos os estudos chegam a essa conclusão: o estudo de Monge-Rojas et al. (2010) não verificou que a qualidade da alimentação dos adolescentes fosse afectada pelo encorajamento ou pela promoção que os pais pudessem fazer de hábitos alimentares saudáveis. Morrison et al. (2013) concluíram que, mesmo havendo inicialmente um estímulo para promover nas crianças um maior interesse pela comida, as crianças apresentam um menor interesse pela alimentação quando as mães as pressionavam para comer.

Quando existe uma pressão para comer determinados alimentos, a preferência pelo consumo desses alimentos diminui (Galloway et al., 2006; Matheson, Robinson, Varady, & Killen, 2006). Esta prática está relacionada com um menor consumo de frutas e vegetais por parte das crianças, assim como por parte dos pais, i.e., pais que exercem pressão na alimentação dos seus filhos consomem igualmente menos frutas e vegetais (Fisher, 2002; Fisher, Mitchell, Smiciklas-Wright, & Birch, 2002; Wardle et al., 2005). As mães que consomem mais frutas e vegetais, não exercem tão frequentemente pressão sobre a alimentação das filhas permitindo que estas ingeram mais frutas e vegetais (Galloway, Fiorito, Lee, & Birch, 2005). Quando os pais exercem pressão para comer, as crianças apresentam uma maior sensibilidade a sinais externos ou emoções quando optam pela escolha de alimentos, ao invés de se alimentarem consoante sinais internos de saciedade, o que dificulta a noção de quando devem parar de comer (Van Strien & Bazelier, 2007). Desta forma, verifica-se que esta prática está associada a escolhas alimentares menos saudáveis (Brown, Ogden, Vogele, & Gibson, 2008).

Por fim, segundo vários estudos, os pais que têm uma alimentação restritiva com os próprios praticam essa mesma prática com as crianças (Fisher & Birch, 1999a, 1999b; Birch & Fisher, 2000; Francis et al., 2001; Tiggemann & Lowes, 2002; de Lauzon-Guillain et al., 2009). As práticas restritivas por parte dos pais, promovem uma alimentação desinibida nas crianças, prejudicando a sua capacidade de autorregulação, ou seja, a restrição origina que as crianças se alimentem consoante pistas externas (por exemplo, quando a comida sabe bem, quando vê outras pessoas a comerem, quando a comida é mais acessível; Morrison et al., 2013) e não internas, como por exemplo, o sentir-se com fome ou saciada; consequentemente, a autorregulação do consumo de energia acaba por ser inibida (Fisher & Birch, 2000; Joyce & Zimmer-Gembeck, 2009). Esta restrição faz ainda com que as crianças aumentem o desejo pela comida que lhes é restrita (Fisher & Birch, 1999b; Francis, Hofer, & Birch, 2001). O estudo de Boots et al. (2015) mostrou que as práticas restritivas apresentam-se como inibitórias no que toca à ingestão de alimentos saudáveis, apresentando-se como fortemente ligado ao excesso e ganho de peso nas crianças (Clark, Goyder, Bissell, Blank, & Peters, 2007; Ventura & Birch, 2008).

Contrariamente à restrição, a autoeficácia parental desempenha um importante papel no que toca a práticas parentais mais efetivas (Bandura, 1989a), sendo igualmente verificável no contexto da alimentação, associando-se a práticas alimentares mais saudáveis (Mead et al., 2010; Steeves, Silbergeld, Summers, Chen, & Gittelsohn, 2012; Akande, Hendriks, Ruiters, & Kremers, 2015).

Autoeficácia Geral dos Pais

A capacidade de autoeficácia é importante para promover a ação (Schwarzer et al., 2007). Desta forma, verificou-se que indivíduos com uma maior autoeficácia, bem como maiores intenções de praticar uma alimentação saudável, apresentavam uma menor tendência para realizar comportamentos alimentares de risco, proporcionando um ambiente alimentar mais estimulante e uma maior capacidade de melhorar os hábitos alimentares das crianças (Coleman & Karraker, 2000; Steeves et al., 2012). Um maior sentimento de autoeficácia também se correlaciona positivamente à preocupação com o peso das crianças (Costa, 2012). Assim, esta capacidade promove um maior consumo de alimentos saudáveis, uma menor escolha de alimentos não saudáveis e uma melhor adesão aos métodos saudáveis de confeção (Mead et al., 2010; Akande et al., 2015). Resumindo, quando os indivíduos confiam na sua

capacidade (autoeficácia) de escolher alimentos saudáveis, apresentam conseqüentemente comportamentos alimentares adequados com maior frequência (Steeves et al., 2012).

No entanto, a capacidade de autoeficácia não é o único fator a influenciar o comportamento alimentar parental, existindo também outras variáveis (sociodemográficas, de estado de saúde e de estilo de vida) que apresentam um papel determinante nas escolhas alimentares.

Variáveis Sociodemográficas, de Estado de Saúde e de Estilo de Vida e a sua Influência no Contexto Alimentar

Tal como se verifica em dois estudos, as mães tendem a alimentar os seus filhos com alimentos menos saudáveis quando são mais jovens, quando têm um maior IMC, quando são fumadoras, quando têm um nível educacional mais baixo ou quando têm mais do que um filho (North & Emmett, 2000; Ystrom, Niegel, & Vollrath, 2009). Por essa razão, verifica-se que existem várias variáveis que podem influenciar as práticas alimentares adotadas pelos pais para com os seus filhos tais como o IMC, idade, sexo, habilitações literárias, estado civil, situação profissional dos pais e o número de filhos.

Relativamente ao IMC, segundo vários estudos, quando os pais apresentam obesidade, principalmente os dois, existe um grande risco dos seus filhos também virem a desenvolver a doença (Maffeis, Talamini, & Tato, 1998; Strauss & Knight, 1999; Danielzik, Langnase, Mast, Spethmann, & Muller, 2002; Whitaker, Jarvis, Beeken, Boniface, & Wardle, 2010). O estudo de Whitaker, Jarvis, Beeken, Boniface e Wardle (2010) identifica uma relação entre o IMC dos pais e a idade da criança (principalmente entre os 6 e os 15 anos), sugerindo que a influência da obesidade dos pais nas crianças começa logo desde os primeiros anos de vida (Dubois & Girard, 2006). Já no estudo de Joyce e Zimmer-Gembeck (2009) não se verificaram associações entre o IMC dos pais e o IMC dos filhos; porém, os autores justificaram estes resultados realçando a reduzida dimensão da amostra. Neste seguimento, no estudo de Blissett, Haycraft e Farrow (2010) não se constatarem correlações significativas entre o IMC dos pais e as práticas alimentares relatadas pelas mães, ou entre o consumo de lanches por parte das crianças. Contudo, Ystrom, Barker e Vollrath (2012) verificaram que as mães com um maior IMC, que são fumadoras regulares, donas de casa e com mais idade, têm filhos com uma dieta menos saudável.

Analisando a variável idade dos pais, o estudo de Powell, Farrow e Meyer (2011) não encontrou correlações significativas entre o comportamento alimentar das crianças e a idade

dos pais. No entanto, outro estudo verificou uma relação negativa entre a idade dos pais e a idade da criança com o uso de restrição e controlo (Boots et al., 2015). Ystrom, Barker e Vollrath (2012) verificaram ainda que mães mais velhas, donas de casa e com maior nível educacional tinham filhos a praticar uma alimentação mais saudável. Desta forma, é verificável que, para além da idade, a situação profissional também é um fator determinante na criação de hábitos alimentares (Rotenberg & Vargas, 2004)

A variável situação profissional dos pais demonstrou uma relação com os hábitos alimentares dos adolescentes, i.e., pais ativos profissionalmente apresentam filhos com hábitos alimentares mais adequados no que toca à quantidade e adequação alimentar, contudo, em relação à situação profissional das mães, verifica-se que os hábitos alimentares dos filhos são mais saudáveis no que toca à variedade e adequação alimentar quando estas são inativas profissionalmente (Fonseca, 2015). O mesmo autor relaciona a situação profissional do pai (nomeadamente, ativo) a um poder económico mais elevado, o que proporciona um maior acesso a alimentos saudáveis e de qualidade; já os resultados verificados com as mães poderiam indicar uma maior disponibilidade de tempo devido à sua inatividade profissional, para confeccionar e selecionar os alimentos. Outros dois estudos, verificaram que a escolha das práticas alimentares dependia não só do estatuto económico, como do nível educacional das mães (Baughcum et al., 2001; Vereecken et al., 2004).

Assim, verifica-se que as habilitações literárias dos pais também desempenham um papel determinante no contexto alimentar (Vereecken et al., 2004; Saxton et al., 2009). No estudo de Kröller e Warschburger (2008) concluiu-se que existe uma maior monitorização sobre a ingestão de alimentos das crianças, por parte das mães, quando estas têm um nível superior de habilitações literárias. Outros autores, identificaram que as mães com mais habilitações literárias praticam com menor frequência uma alimentação emocional e instrumental sobre os filhos, mas exercem controlo sobre a alimentação dos mesmos, em comparação com as mães com menos habilitações (Musher-Eizenman, de Lauzon-Guillain, Holub, Leporc, & Charles, 2009; Saxton et al., 2009). Mais uma vez, vários autores constataram que pais com maior nível de habilitações académicas tendem a promover um maior consumo de lanches por parte das crianças e exercer com menos frequência uma alimentação restritiva com as mesmas (Boots et al., 2015). No entanto, existem vários estudos que não verificaram qualquer associação entre as habilitações literárias dos pais e as práticas alimentares parentais, nem entre o comportamento alimentar das crianças e as habilitações literárias da mãe (Evans et al., 2011; Powell, Farrow, & Meyer, 2011). Já no estudo de Ystrom, Barker e Vollrath (2012), constatou-se uma associação entre os anos de educação

das mães, o estado civil e a dieta dos filhos, indicando que as mães com mais habilitações literárias e solteiras tinham filhos que apresentavam uma alimentação mais saudável.

Desta forma, a estrutura familiar tem sido igualmente apontada como influenciadora das escolhas alimentares e do peso da criança (Whitaker, Wright, Pepe, Seidel, & Dietz, 1997; Strauss, & Knight, 1999; Deshmukh-Taskar, Nicklas, Yang, & Berenson, 2007). Deshmukh-Taskar et al. (2007) reportaram que quando os pais são casados a alimentação segue as recomendações nutricionais, contudo pais divorciados não promovem uma alimentação saudável, verificando-se assim que o estado civil parental, nomeadamente, pais casados, promovem um ambiente e escolhas alimentares mais saudáveis.

Em relação à variável número de filhos, apesar de alguns autores mencionarem a influência do número de filhos no contexto alimentar, reportando que mais do que um filho promove a prática de uma alimentação menos saudável por parte das mães com os filhos (North & Emmett, 2000; Ystrom, Niegel, & Vollrath, 2009), alguns autores não identificaram associações significativas entre esta variável e estratégias de alimentação parentais (Kröller & Warschburger, 2008; Boots et al., 2015). Mais uma vez, o estudo de Unlü, Aras, Güvenir, Büyükgebiz e Bekem (2006) não constatou qualquer relação entre a presença de uma perturbação alimentar e o número de filhos na família.

Por fim, o sexo dos pais também apresenta uma influência neste contexto, sendo que segundo Danielzik et al. (2002), a variável sexo dos pais influencia a relação entre o IMC dos pais e o IMC dos filhos. Neste seguimento, vários estudos indicam que o IMC materno apresenta uma influência mais forte na prevalência da obesidade nas crianças, comparativamente com o do pai, podendo este tipo de relação estar relacionado com o facto do ambiente alimentar das crianças ser mais frequentemente moldado pelas mães do que pelos pais (Kaplowitz, Wild, Mueller, Decker, & Tanner, 1988; Sørensen, Holst, & Stunkard, 1992; Cutting, Fisher, Grimm-Thomas, & Birch, 1999; Safer, Agras, Bryson, & Hammer, 2001; Danielzik et al., 2002).

Como é possível constatar o comportamento alimentar é considerado o aspecto do estilo de vida que mais influencia diretamente a saúde e a doença de cada indivíduo. A diversidade de fatores que determina as escolhas alimentares é elevada e por isso, é necessário e importante conhecer esses fatores e explorá-los de modo a tornar as estratégias de educação para a saúde mais eficazes melhorando também os comportamentos alimentares, tornando-os mais saudáveis e evitando as consequências negativas ao nível da saúde que a obesidade/excesso de peso acarretam (Viana, 2002).

Desta forma, e tendo em conta a escassez de estudos que investiguem as práticas alimentares parentais relacionando-os com os comportamentos alimentares dos pais (Fisher & Birch, 1999a, 1999b; Birch & Fisher, 2000; Francis, Hofer, & Birch, 2001; Tiggemann & Lowes, 2002; Ventura & Birch, 2008; de Lauzon-Guillain et al., 2009), o objetivo do presente estudo é averiguar numa amostra de mães e pais com filhos entre os 2 e os 18 anos, se as práticas alimentares parentais são determinadas pelos comportamentos alimentares dos pais, pela sua autoeficácia percebida e por variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e de estado de saúde.

Método

Desenho de Investigação

O presente estudo caracteriza-se por ser um estudo observacional, visto que o investigador apenas observa sem interferir; descritivo, pois facultar informação acerca da amostra em questão; transversal, uma vez que os dados são recolhidos num único momento (Ribeiro, 2010).

Participantes

A amostra é constituída por 252 participantes (89,7% são mulheres) com uma idade média de 37,73 ($DP=6,31$; mín.= 23; máx.= 57) e com um IMC médio de 25,10 ($DP=4,62$; mín.=17,4; máx.=43,7). Os critérios de inclusão utilizados são adultos com filhos, com idades compreendidas entre os 2 e os 18 anos, e que tivessem o mínimo de literacia para conseguirem compreender o questionário e responder sem dificuldade. As características sociodemográficas, de estado de saúde e estilo de vida dos participantes estão presentes na Tabela 1.

Tabela 1

Características Sociodemográficas, de Estilo de Vida e de Estado de Saúde dos Participantes

Características	<i>n</i>	%
Sexo		
Mulheres	226	89,7%
Homens	26	10,3%
Rendimento anual		
Até 10,000€	45	20,6%
De 10,001€ a 20,000€	70	32,1%
De 20,001€ a 37,500€	71	32,6%
De 37,501€ a 70,000€	32	14,7%
Estado civil		
Casado/ União de facto	200	79,4%
Divorciado/ Separado	31	12,3%
Solteiro	18	7,1%
Viúvo	3	1,2%
Relação afetivo/sexual		
Sim	225	89,3%
Não	27	10,7%
Número de filhos		
1	123	48,8%
2	108	42,9%
Mais do que dois	21	8,3%
Situação profissional		
Ativo	220	87,3%
Inativo	32	12,7%
Habilitações literárias		
4 anos de escolaridade ou menos	4	1,6%
6 anos de escolaridade	10	4%
9 anos de escolaridade	29	11,5%
12 anos de escolaridade	53	21%
Bacharelato (3 anos/ faculdade)	17	6,7%
Licenciatura (4 ou 5 anos/ faculdade)	114	45,2%
Pós-graduação ou superior	14	5,6%
Doença recente		
Sim	29	11,5%
Não	223	88,5%
Problema psicológico recente		
Sim	17	6,7%
Não	235	93,3%
Consumo de tabaco		
Sim	67	26,6%
Não	185	73,4%
Consumo de bebidas alcoólicas		
Sim	129	51,2%
Não	123	48,8%
Prática de exercício físico		
Sim	115	45,6%
Não	137	54,4%

Material

Nesta investigação foi utilizado o Questionário de Estilo Alimentar Parental (QEAP), a Escala de Expectativas Generalizadas de Controlo (BEEGC-20) e o Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA). Adicionalmente aplicou-se um questionário sociodemográfico, de estado de saúde e de estilo de vida para caracterização dos participantes.

Questionário de Estilo Alimentar Parental (QEAP).

O Questionário de Estilo Alimentar Parental (QEAP) tem como objetivo avaliar o estilo alimentar dos pais praticado com os filhos, sendo composto por 27 itens, avaliados por uma escala de 5 pontos, desde o 1 *nunca faço* ao 5 *eu sempre faço*. Este questionário engloba 4 subescalas: Alimentação Emocional (ex: *Eu dou ao (à) meu (minha) filho(a) alguma coisa para comer, para o(a) fazer sentir-se melhor, quando se sente aborrecido(a)*), Alimentação Instrumental (ex: *De modo a conseguir que o(a) meu (minha) filho(a) se porte bem, eu prometo-lhe algo para comer*), Promoção/Encorajamento (ex: *Eu encorajo o(a) meu (minha) filho(a) a comer uma grande variedade de comida*) e Controlo (ex: *Eu decido quantos lanches é que o(a) meu (minha) filho (filha) deve ter*) (Wardle et al., 2002). Com uma consistência interna das subescalas que varia entre $\alpha=0,67$ e $\alpha=0,88$.

O item 24 (ex: *Eu insisto que o(a) meu (minha) filho(a) coma as refeições na mesa*) da subescala de Controlo foi excluído por apresentar um baixo factor de peso *standardizado* e não demonstrar associação significativa com a sua escala ($\beta=0,117$; $p=0,103$). O quadrado da correlação múltipla é de $r^2=0,014$, indicando ser um valor abaixo da norma ($r^2=0,250$) (Marôco, 2014a). Por fim, outra das razões pelas quais o item 24 foi excluído foi o valor da curtose ($|ku|=8,500$) que apresenta um valor acima do recomendado ($|ku|=7$) (Marôco, 2014b).

Escala de Expectativas Generalizadas de Controlo.

A Escala de Expectativas Generalizadas de Controlo (BEEGC-20) baseia-se na teoria de controlo pessoal de Palenzuela (1988) e foi validada para a população portuguesa por Silva (2010). É constituída por 20 itens avaliados numa escala tipo Likert de 9 pontos em que 1 é *completamente em desacordo* e 9 *completamente de acordo*. Contém três subescalas, cada uma delas com 4 itens: Locus de Controlo subdividida em 3 dimensões: Contingência (ex:

Aquilo que eu posso alcançar na minha vida terá muito a ver com o meu empenho), Não contingência (ex: *Estou convencido que não vale a pena esforçar-me nem lutar neste mundo, porque tudo está corrompido*) e Sorte (ex: *Aquilo que me vier a acontecer na vida terá muito a ver com a sorte*); Autoeficácia (ex: *São poucas as ocasiões em que eu duvido das minhas capacidades*) e Expectativas de Sucesso ou Êxito (ex: *Normalmente, quando desejo alguma coisa penso que a conseguirei obter*) (Silva, 2010). A escala apresenta uma consistência interna com o valor de $\alpha=0,73$. Contudo, nesta investigação apenas a subescala de Autoeficácia foi utilizada ($\alpha=0,70$).

Questionário Holandês do Comportamento Alimentar.

O Questionário Holandês do Comportamento Alimentar (QHCA) foi validado para a população portuguesa por Viana e Sinde (2003) e avalia os estilos e comportamento alimentar. É constituído por 33 itens avaliados numa escala tipo Likert de 5 pontos, sendo que o 1 corresponde a *nunca* e o 5 a *muito frequentemente*. A subescala de Restrição (ex: *Quando o seu peso aumenta come menos do que o habitual?*) é composta por 10 itens, assim como a subescala de Ingestão Externa (ex: *Se a comida cheira bem ou tem bom aspecto, come mais do que o habitual?*); a subescala de Ingestão Emocional (ex: *Tem desejo de comer quando se sente irritado?*) é constituída por 13 itens e divide-se em duas subescalas: Emoções Difusas e Emoções Precisas - que englobam 9 itens cada (Viana & Sinde, 2003). A consistência interna das subescalas varia entre $\alpha=0,86$ e $\alpha=0,92$.

O item 21 (ex: *Consegue resistir a comer alimentos deliciosos?*), pertencente à subescala de Ingestão Externa (Viana & Sinde, 2003), foi retirado pois o resíduo do item apresenta um índice de modificação elevado (IM=26,851) com um constructo diferente da subescala a que pertence (Restrição). Além disso o próprio item 21 apresenta um índice de modificação elevado (IM=25,660) novamente com a subescala de Restrição. Este mostra ainda uma correlação significativa negativa com a própria subescala ($\beta=-0,289$) e o quadrado da correlação múltipla ($r^2=0,084$) é abaixo do valor recomendado de 0,250 (Marôco, 2014a).

A utilização deste questionário requeria o pagamento de uma licença, desta forma, solicitou-se a autorização e os dados necessários para esse mesmo procedimento, sendo que a cópia dessa autorização se encontra presente no Anexo A.

Questionário Sociodemográfico, de Estado de Saúde e de Estilo de Vida.

O questionário sociodemográfico foi utilizado de forma a caracterizar a amostra, com o objetivo de recolher informações como o sexo, a idade, o estado civil e relação afetivo/sexual, rendimento anual, o número de filhos, a situação profissional e as habilitações literárias dos participantes. Adicionalmente, tinha como finalidade recolher informações acerca do estado de saúde (presença/ausência de doença física e/ou problema psicológico) e do estilo de vida (IMC, consumo de tabaco, consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercício físico e horas de televisão/videojogos que assiste/joga por semana e ao fim-de-semana).

Procedimento

Inicialmente foi facultado o consentimento informado, que continha a informação acerca do objetivo do estudo, da confidencialidade e do anonimato dos dados, bem como a informação sobre a participação voluntária no mesmo, informando que a desistência podia ser feita a qualquer altura sem nenhuma consequência. Foi ainda referida a disponibilidade do investigador para o esclarecimento de qualquer dúvida que surgisse ao longo do preenchimento dos instrumentos e cedeu-se os contactos necessários para eventuais dúvidas que pudessem surgir após a recolha dos mesmos. De seguida, e após a autorização dada pelos participantes referente à sua participação voluntária neste estudo, procedeu-se à entrega dos instrumentos.

A amostra do presente estudo é uma amostra comunitária, recolhida por conveniência e pelo método *snowball*. Este último, é utilizado quando a população-alvo é difícil de encontrar ou pouco acessível e baseia-se em recolher a amostra através de um indivíduo de interesse, que depois indica outros indivíduos e assim sucessivamente, de modo a chegar ao número de participantes pretendido (Marôco, 2014b). Desta forma, a amostra foi recolhida em escolas e através de pessoas com quem um dos investigadores da equipa trabalhava na cidade de Lisboa nomeadamente nas freguesias de Carnide, Campo Grande, Olivais e Benfica. Sendo também recolhida nas áreas de Lisboa, Porto e Algarve, através de conhecimentos dos investigadores.

Análise Estatística

A análise estatística foi realizada através do *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 24. Inicialmente procedeu-se à análise fatorial confirmatória das escalas QEAP, QHCA e da subescala Autoeficácia da escala BEEGC-20. Foi realizada uma análise descritiva para caracterização dos participantes e uma análise univariada entre as variáveis dependentes e independentes. Desta forma, realizou-se uma correlação de Pearson entre as variáveis dependentes – i.e. práticas alimentares parentais (controlo, alimentação instrumental, alimentação emocional e promoção/encorajamento) - e as variáveis independentes, referentes ao comportamento alimentar dos adultos (ingestão emocional, ingestão externa e restrição) e autoeficácia. Considerou-se também nesta análise preliminar univariada as variáveis sociodemográficas e de estilo de vida (idade, número de filhos, índice de massa corporal, horas televisão/videojogos por semana e fim-de-semana) de modo a averiguar as associações entre essas variáveis. Com o mesmo objetivo, realizou-se a correlação de Spearman entre as variáveis dependentes já anteriormente referidas e as variáveis habilitações literárias e rendimento anual. Através do teste T-student analisou-se as diferenças entre os diversos grupos pertinentes de variáveis sociodemográficas (sexo, relação afetivo/sexual e situação profissional), de estilo de vida (consumo de tabaco, consumo de bebidas alcoólicas e exercício físico) e estado de saúde (presença/ausência de doença recente e/ou problema psicológico recente). Após esta análise, através do *Software* AMOS, integrado no SPSS, procedeu-se à construção do modelo de medida de forma a verificar o seu ajustamento. De seguida, construiu-se o modelo de equações estruturais considerando as variáveis com associações significativas verificadas na análise univariada, analisou-se o ajustamento do modelo e por fim o nível de significância das várias relações assumidas.

Resultados

Primeiramente realizou-se a análise fatorial confirmatória da escala QEAP (Figura 1), da escala QHCA (Figura 2) e da subescala Autoeficácia da escala BEEGC-20 (Figura 3).

Figura 1. Análise Fatorial Confirmatória do QEAP

Análise Fatorial Confirmatória QEAP
 $\chi^2=535,585$; $df=287$; $p=,000$; $\chi^2/df=1,866$
 $CFI=,880$; $TLI=,864$
 $RMSEA=,059$; $P(rmsea<0.05)=,032$
 $I.C.90\%],051,,066[$

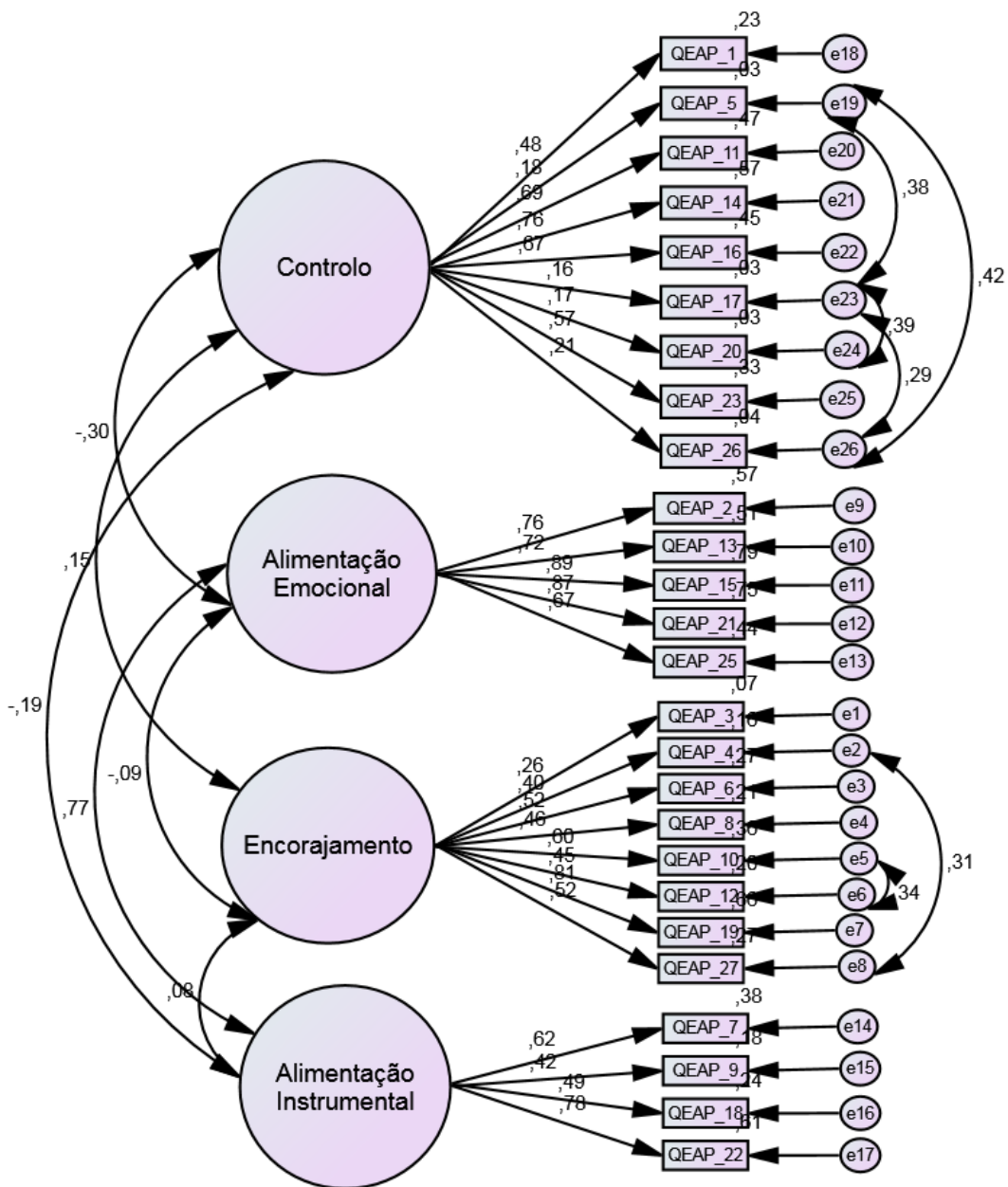


Figura 2. Análise Fatorial Confirmatória do QHCA

Análise Fatorial Confirmatória QHCA
 $\chi^2=787,293$; $df=453$; $p=,000$; $\chi^2/df=1,738$
 CFI=,933; TLI=,927
 ;RMSEA=,054; $P(\text{rmsea}<0.05)=,135$
 I.C.90%],048,,060[

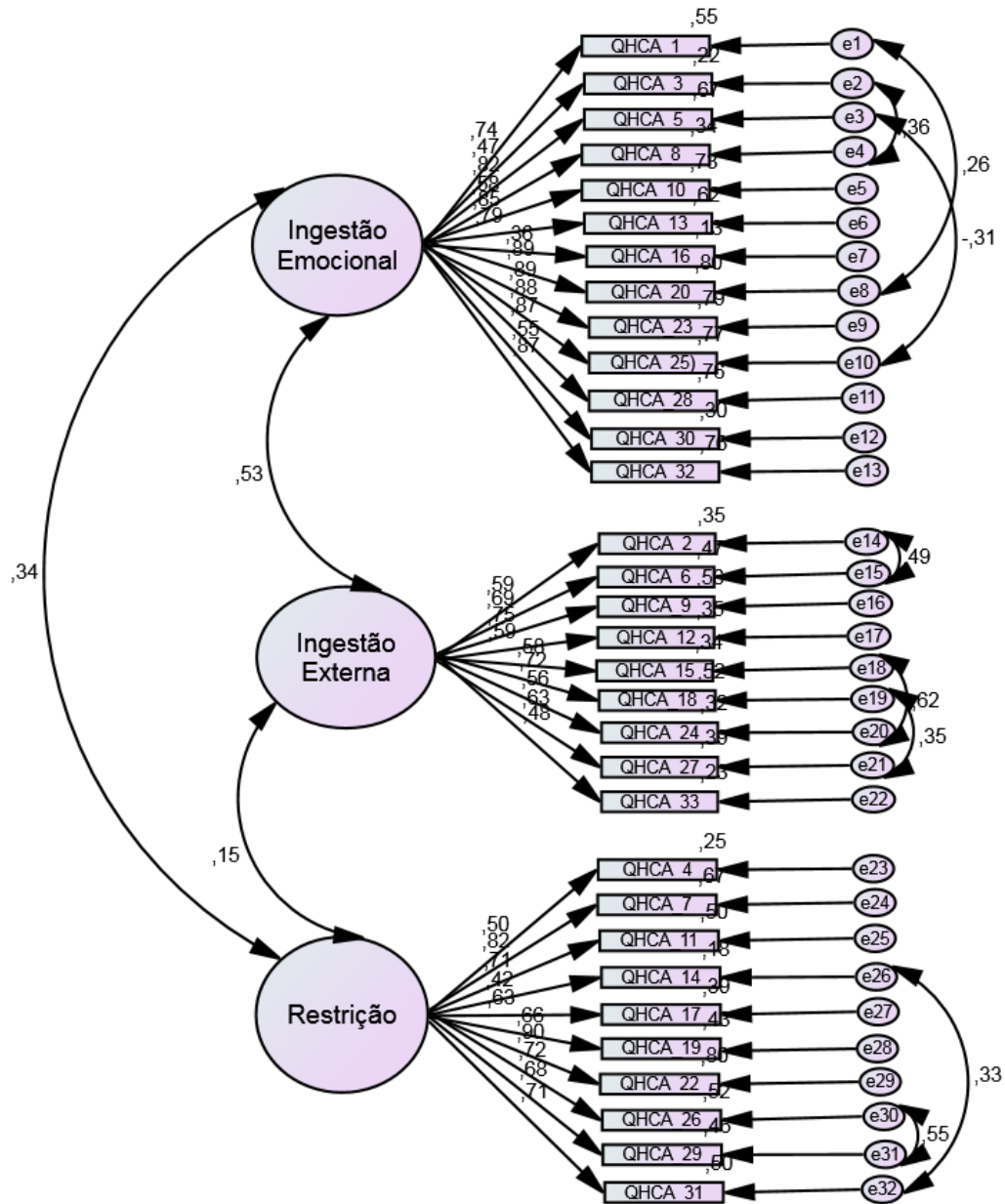
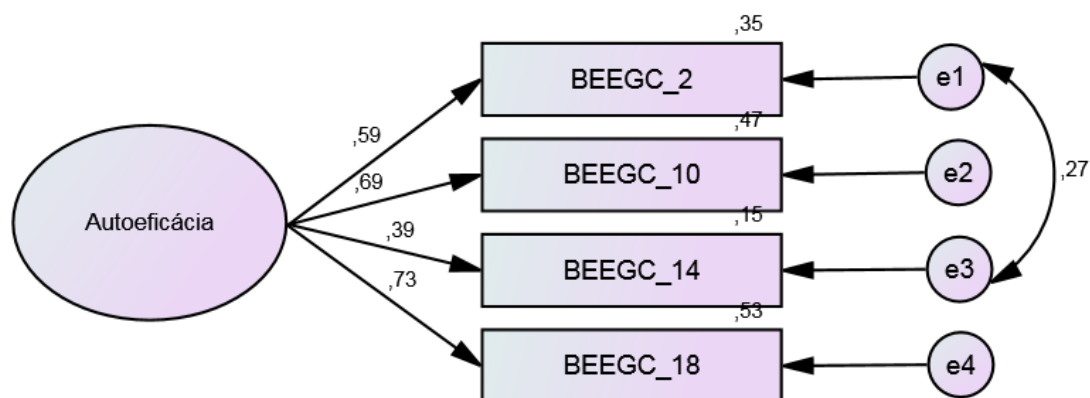


Figura 3. Análise Fatorial Confirmatória da Subescala Autoeficácia BEEGC-20

Análise Fatorial Confirmatória BEEGC_20 Autoeficácia
 $\chi^2=,328$; $df=1$; $p=,567$; $\chi^2/df=,328$
CFI=1,000; TLI=1,021
RMSEA=,000; $P(\text{rmsea}<0.05)=,673$
I.C.90%],000,,138[



De modo a verificar a associação entre as variáveis dependentes e as independentes calcularam-se as correlações entre essas mesmas variáveis. Foi explorada a associação (Pearson) entre as práticas alimentares parentais (praticadas pelo participante enquanto pai, em relação à alimentação do filho/a), nomeadamente controlo, alimentação emocional, promoção/encorajamento e alimentação instrumental e o comportamento alimentar do participante adulto (ingestão emocional, ingestão externa e restrição) e a sua autoeficácia. As correlações estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2

Correlação Entre as Práticas Alimentares Parentais e o Comportamento Alimentar do Adulto e Autoeficácia

Práticas alimentares parentais	Comportamento alimentar do adulto			
	Autoeficácia	Ingestão emocional	Ingestão externa	Restrição
	$r_p(p)$	$r_p(p)$	$r_p(p)$	$r_p(p)$
Controlo	0,114(0,071)	-0,173(0,006)	-0,090(0,154)	-0,045(0,480)
Alimentação emocional	-0,203(0,001)	0,201(0,001)	0,239(***)	0,085(0,181)
Promoção/encorajamento	0,218(0,001)	-0,039(0,540)	0,058(0,363)	0,093(0,142)
Alimentação instrumental	-0,140(0,027)	0,103(0,101)	0,239(***)	-0,040(0,531)

*** $p < 0,001$

De seguida procedeu-se à análise de novas correlações entre as práticas alimentares parentais e as variáveis sociodemográficas (Tabela 3), nomeadamente idade do participante, número de filhos (Pearson), habilitações literárias e rendimento anual (Spearman) e entre variáveis de estilo de vida (índice de massa corporal, horas televisão/videojogos por semana e horas televisão/videojogos fim-de-semana) (Pearson) (Tabela 4).

Tabela 3

Correlação Entre as Práticas Alimentares Parentais e Variáveis Sociodemográficas

Práticas alimentares parentais	Variáveis sociodemográficas			
	Idade do participante	Número de filhos	Habilitações literárias	Rendimento anual
	$r_p(p)$	$r_p(p)$	$r_s(p)$	$r_s(p)$
Controlo	-0,316(***)	-0,052(0,413)	0,238(***)	0,145(0,032)
Alimentação emocional	-0,061(0,333)	-0,024(0,710)	-0,107(0,090)	-0,065(0,340)
Promoção/encorajamento	0,015(0,815)	-0,004(0,955)	0,186(0,003)	0,137(0,044)
Alimentação instrumental	-0,217(0,001)	0,023(0,712)	-0,026(0,686)	-0,015(0,820)

*** $p < 0,001$

Tabela 4

Correlação Entre as Práticas Alimentares Parentais e Variáveis de Estilo de Vida

Práticas alimentares parentais	Variáveis de estilo de vida		
	Índice de massa corporal	Horas	Horas
		televisão/videojogos por semana	televisão/videojogos fim-de-semana
$r_p(p)$	$r_p(p)$	$r_p(p)$	
Controlo	-0,357(***)	-0,135(0,047)	-0,191(0,005)
Alimentação emocional	-0,015(0,811)	0,052(0,447)	0,080(0,247)
Promoção/encorajamento	-0,095(0,131)	-0,099(0,146)	-0,098(0,158)
Alimentação instrumental	-0,026(0,686)	0,011(0,875)	0,079(0,253)

*** $p < 0,001$

De seguida realizou-se o teste T-student de modo a verificar as diferenças entre grupos, i.e. se as médias dos grupos correspondentes às variáveis sociodemográficas estudadas (ex: homem vs. mulher), estado de saúde (com doença vs. sem doença) e estilo de vida (fumador vs. não fumador) mostram ser significativamente diferentes ou não (Marôco, 2014b) em relação às escalas de controlo (Tabela 5), alimentação emocional (Tabela 6), encorajamento/promoção (Tabela 7) e alimentação instrumental (Tabela 8).

Tabela 5

Teste T-student Entre a Subescala Controlo e Variáveis Sociodemográficas, de Estado de Saúde e de Estilo de Vida

Controlo	<i>M (DP)</i>	<i>t(df) p</i>
Sexo		
Homem	3,851 (0,527)	0,727 (236) 0,468
Mulher	3,941 (0,624)	
Relação afetivo/sexual		
Sim	3,919 (0,623)	-0,048 (250) 0,962
Não	3,913 (0,575)	
Situação profissional		
Ativo	3,927(0,617)	0,567 (250) 0,571
Inativo	3,860 (0,621)	
Doença recente		
Sim	3,620 (0,726)	2,804 (250) 0,005
Não	3,957 (0,592)	
Problema psicológico recente		
Sim	3,582 (0,657)	2,351 (250) 0,020
Não	3,943 (0,608)	
Consumo de tabaco		
Sim	3,802 (0,648)	-1,810 (250) 0,71
Não	3,960 (0,601)	
Consumo de bebidas alcoólicas		
Sim	3,933 (0,619)	-0,394 (250) 0,694
Não	3,903 (0,617)	
Prática de exercício físico		
Sim	3,914 (0,632)	0,101 (250) 0,920
Não	3,922 (0,606)	

Tabela 6

Teste T-student Entre a Subescala Alimentação Emocional e Variáveis Sociodemográficas, Estado de Saúde e de Estilo de Vida

Alimentação emocional	<i>M (DP)</i>	<i>t(df) p</i>
Sexo		
Homem	1,729 (0,680)	-2,364 (236) 0,019
Mulher	1,442 (0,592)	
Relação afetivo/sexual		
Sim	1,475 (0,593)	0,818 (250) 0,414
Não	1,578 (0,771)	
Situação profissional		
Ativo	1,484 (0,607)	-0,182 (250) 0,856
Inativo	1,505 (0,672)	
Doença recente		
Sim	1,483 (0,647)	0,034 (250) 0,973
Não	1,487 (0,611)	
Problema psicológico recente		
Sim	1,412 (0,594)	0,518 (250) 0,605
Não	1,492 (0,616)	
Consumo de tabaco		
Sim	1,675 (0,672)	2,973 (250) 0,003
Não	1,418 (0,578)	
Consumo de bebidas alcoólicas		
Sim	1,531 (0,623)	-1,180 (250) 0,239
Não	1,440 (0,604)	
Prática de exercício físico		
Sim	1,487 (0,602)	-0,014 (250) 0,989
Não	1,486 (0,626)	

Tabela 7

Teste T-student Entre a Subescala Promoção/Encorajamento e Variáveis Sociodemográficas, Estado de Saúde e de Estilo de Vida

Promoção/encorajamento	<i>M (DP)</i>	<i>t(df) p</i>
Sexo		
Homem	3,765 (0,424)	0,208 (44,325) 0,836
Mulher	3,784 (0,623)	
Relação afetivo/sexual		
Sim	3,773 (0,596)	0,169 (250) 0,866
Não	3,794 (0,781)	
Situação profissional		
Ativo	3,784 (0,591)	0,588 (250) 0,557
Inativo	3,715 (0,778)	
Doença recente		
Sim	3,641 (0,546)	1,251 (250) 0,212
Não	3,793 (0,624)	
Problema psicológico recente		
Sim	3,485 (0,697)	2,024 (250) 0,044
Não	3,796 (0,606)	
Consumo de tabaco		
Sim	3,779 (0,680)	0,060 (250) 0,952
Não	3,774 (0,594)	
Consumo de bebidas alcoólicas		
Sim	3,858 (0,506)	-2,194 (220,557) 0,029
Não	3,688 (0,705)	
Prática de exercício físico		
Sim	3,765 (0,626)	0,233 (250) 0,816
Não	3,783 (0,610)	

Tabela 8

Teste T-student Entre a Subescala Alimentação Instrumental e Variáveis Sociodemográficas, Estado de Saúde e de Estilo de Vida

Alimentação instrumental	<i>M (DP)</i>	<i>t(df) p</i>
Sexo		
Homem	1,943 (0,699)	-2,949 (31,868) 0,006
Mulher	1,537 (0,564)	
Relação afetivo/sexual		
Sim	1,593 (0,599)	0,072 (250) 0,943
Não	1,602 (0,585)	
Situação profissional		
Ativo	1,572 (0,594)	-1,559 (250) 0,120
Inativo	1,747 (0,595)	
Doença recente		
Sim	1,397 (0,484)	1,907 (250) 0,058
Não	1,620 (0,605)	
Problema psicológico recente		
Sim	1,382 (0,460)	1,520 (250) 0,130
Não	1,609 (0,603)	
Consumo de tabaco		
Sim	1,689 (0,636)	1,519 (250) 0,130
Não	1,560 (0,579)	
Consumo de bebidas alcoólicas		
Sim	1,683 (0,590)	-2,441 (250) 0,015
Não	1,501 (0,591)	
Prática de exercício físico		
Sim	1,596 (0,606)	-0,048 (250) 0,962
Não	1,592 (0,590)	

Após esta análise estatística procedeu-se à construção do modelo de medida (Anexo B) e depois de verificar o seu ajustamento, neste caso bom ($X^2=1895,020$; $df=1240$; $p<0,001$; $X^2/df=1,528$; $CFI=0,894$; $TLI=0,886$; $RMSEA=0,046$; $P(rmsea\leq 0,05)=0,952$; $IC\ 90\%=[0,042; 0,050]$) (Marôco, 2014a), construiu-se o modelo de equações estruturais (Anexo

C) que apresenta um ajustamento sofrível ($X^2=2922,457$; $df=1806$; $p<0,001$; $X^2/df=1,618$; $CFI=0,832$; $TLI=0,813$; $RMSEA=0,050$; $P(rmsea\leq 0,05)=0,570$; IC 90%=[0,046; 0,053]). Neste modelo foram incluídas apenas as variáveis que apresentaram uma associação significativa com as variáveis dependentes na fase anterior, i.e., na análise univariada. Após verificar o ajustamento do modelo de equações estruturais, analisaram-se as trajetórias entre as variáveis (Anexo D e Anexo E), sendo que na Figura 4 estão representadas as trajetórias significativas e não significativas e na Tabela 9 estão apenas representadas as trajetórias significativas com os valores correspondentes.

Figura 4. Trajetórias Significativas e não Significativas Entre as Variáveis Dependentes e Independentes

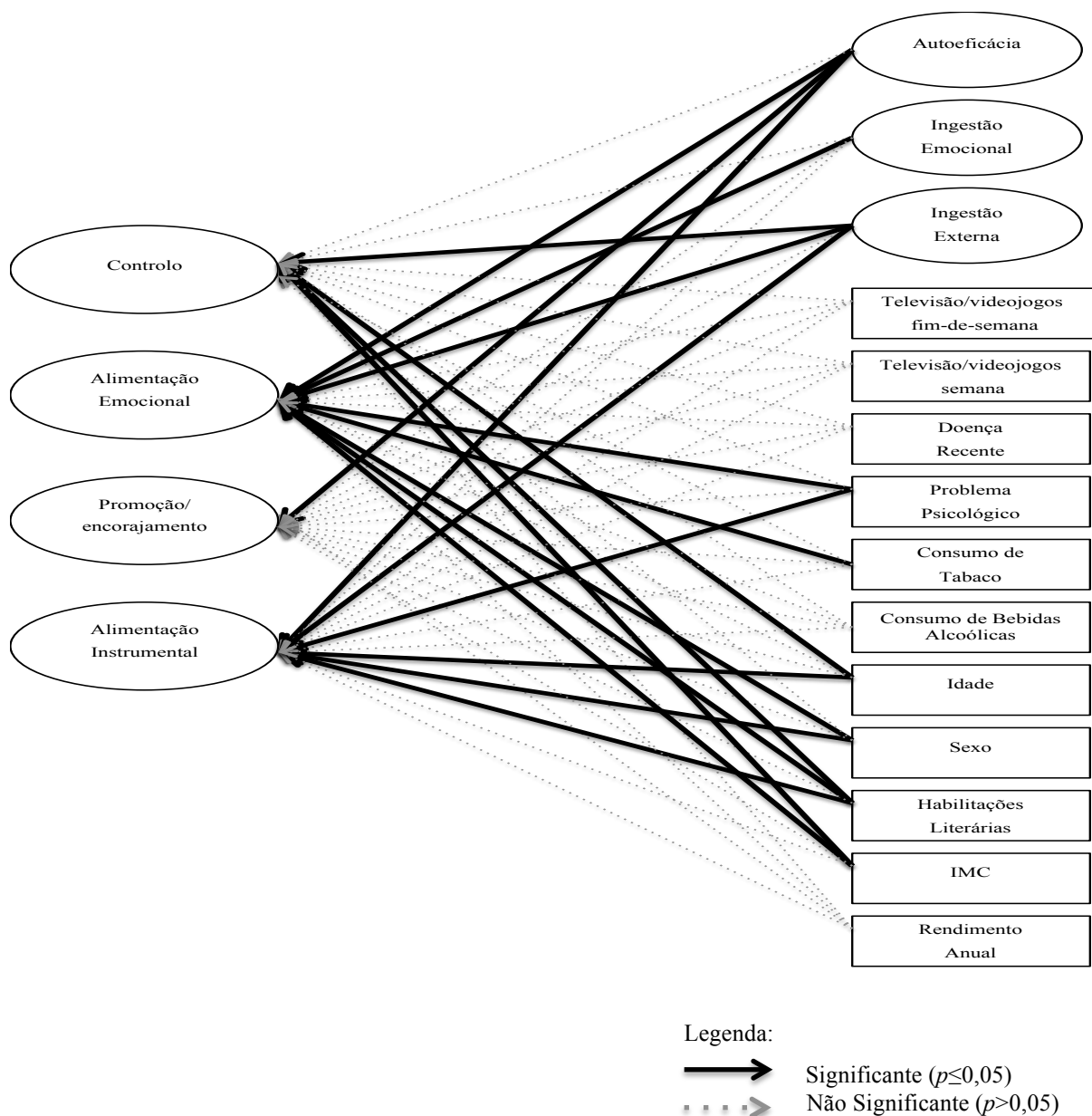


Tabela 9
Trajetórias Significativas Entre as Variáveis Dependentes e Independentes

Trajetórias	β	EP	p
Alimentação Emocional <- Autoeficácia	-0,319	0,050	***
Promoção/Encorajamento <- Autoeficácia	0,290	0,033	0,012
Alimentação Instrumental <- Autoeficácia	-0,295	0,049	***
Alimentação Emocional <- Ingestão Emocional	0,171	0,046	0,004
Controlo <- Ingestão Externa	-0,155	0,067	0,031
Alimentação Emocional <- Ingestão Externa	0,137	0,091	0,034
Alimentação Instrumental <- Ingestão Externa	0,273	0,100	***
Controlo <- Idade	-0,232	0,005	***
Alimentação Instrumental <- Idade	-0,260	0,006	***
Alimentação Emocional <- Sexo	0,184	0,131	0,003
Alimentação Instrumental <- Sexo	0,226	0,136	0,002
Controlo <- Habilidades Literárias	0,194	0,021	0,013
Alimentação Emocional <- Habilidades Literárias	-0,203	0,029	0,004
Alimentação Instrumental <- Habilidades Literárias	-0,169	0,029	0,036
Controlo <- Índice de Massa Corporal	-0,313	0,007	***
Alimentação Emocional <- Índice de Massa Corporal	-0,131	0,009	0,042
Alimentação Emocional <- Problema Psicológico	-0,139	0,149	0,017
Alimentação Instrumental <- Problema Psicológico	-0,138	0,152	0,039
Alimentação Emocional <- Consumo de Tabaco	-0,197	0,087	0,001

*** $p < 0,001$

Discussão

O presente estudo tem como objetivo averiguar se as práticas alimentares parentais são determinadas pela autoeficácia dos próprios pais, pelo seu comportamento alimentar e por variáveis sociodemográficas, de estado de saúde e de estilo de vida.

Os resultados indicaram que existe uma associação negativa entre a autoeficácia e a alimentação emocional e instrumental, ou seja, quanto menor a capacidade de autoeficácia dos pais, mais frequente a alimentação emocional e instrumental praticada com os filhos. Isto vai ao encontro do que está presente na literatura, uma vez que estudos anteriores documentam que uma menor capacidade de autoeficácia não permite aos pais oferecer uma nutrição adequada aos filhos - tanto a alimentação emocional como a instrumental são apontadas pela literatura como práticas com poucos benefícios nutricionais para as crianças (Wardle et al., 2002; Auslander, Netzer, & Arad, 2003; Sleddens et al., 2010; Lo et al., 2015).

A autoeficácia também se associa à promoção/encorajamento, mas neste caso apresenta uma associação positiva, demonstrando que pais com maior capacidade de autoeficácia tendem a praticar promoção/encorajamento com os filhos. Esta associação vem reforçar a ideia anterior de que quando existe uma menor capacidade de autoeficácia, esta associa-se a comportamentos ou a práticas menos saudáveis. Quando a capacidade é maior verifica-se a sua associação a comportamentos saudáveis, neste caso, à promoção/encorajamento entendida como uma prática que promove escolhas alimentares saudáveis nas crianças, como o aumento da ingestão de frutas, vegetais e pequeno-almoço, incluindo a diminuição do consumo de alimentos ricos em energia (Lo et al., 2015).

No presente estudo, a ingestão emocional associa-se unicamente à alimentação emocional. Esta associação é positiva, sendo que quanto mais frequentemente os pais praticam uma ingestão emocional, mais frequentemente exercem uma alimentação emocional com os filhos. Esta associação é verificada também noutros estudos, como o de Wardle et al. (2002), que indica que quando as mães têm um estilo alimentar emocional, exercem uma alimentação emocional com os filhos, existindo uma propensão para tratarem os seus filhos como se tratam a elas próprias. Os mesmos autores, assim como Francis e Birch (2005), concluem ainda que as crianças com mães que praticam um estilo alimentar emocional, apresentam uma maior tendência para se alimentarem quando estão emocionalmente perturbadas. Este resultado pode ser útil no âmbito da intervenção: se se detetar precocemente que o tipo de alimentação que é praticado com a criança se associa a características negativas da alimentação dos pais (tal como indicam os presentes resultados),

disponibilizar-se aos pais um apoio, no contexto dos cuidados de saúde primários, para gerir o seu comportamento alimentar possibilitando que o mesmo tenha um impacto positivo na alimentação da criança poderá ser importante.

A ingestão externa associa-se ao controlo de forma negativa, indicando que os pais que praticam uma ingestão externa com os próprios, exercem menos controlo sobre a alimentação dos filhos. Contudo, no estudo de Morrison et al. (2013) verificou-se uma associação positiva, indicando que as mães que praticam uma alimentação externa exercem mais controlo sobre a alimentação dos filhos. De acordo com os mesmos autores, isto indica que o controlo exercido pelas mães que praticam uma alimentação externa, acontece devido à consciência que têm da sua propensão para comer em demasia segundo pistas alimentares externas. Por essa razão, podemos sugerir que nesta amostra, tendo em conta o tipo de associação que encontramos, que os pais não manifestam ter perceção sobre a forma como se alimentam ou, podemos ainda colocar a hipótese de que a ingestão externa pode ser indicativa de uma menor capacidade de controlo.

A ingestão externa também se associa, mas positivamente, à alimentação emocional e instrumental, querendo isto dizer que quanto mais frequente a prática de ingestão externa por parte dos pais, mais frequente será a prática de alimentação emocional e instrumental com os seus filhos. Esta associação é verificada no estudo de Wardle et al. (2002), que encontra uma relação entre a alimentação externa praticada pela mãe e a prática de uma alimentação instrumental com a criança. A presente correlação vai ao encontro do que foi referido anteriormente. Segundo os nossos resultados poderá haver uma falta de consciência dos pais em relação ao tipo de alimentação que praticam. Essa falta de consciência poderá levar à adoção de práticas alimentares parentais menos saudáveis e que promovam uma alimentação baseada em pistas externas e não internas, como a saciedade, tal como eles (pais) se alimentam. De uma forma mais clara, os pais, como se alimentam consoante pistas externas praticam também com os filhos tipos de alimentação que não se baseiam em pistas internas, nomeadamente nas emoções (alimentação emocional) e consoante o comportamento da criança (alimentação instrumental).

A idade é outra variável que mostra uma associação significativa, mas negativa com o controlo e a alimentação instrumental. Desta forma, verifica-se que os pais mais novos praticam com mais frequência controlo e alimentação instrumental com os seus filhos. Uma justificação possível para esta associação é o facto de os pais mais novos terem filhos com menos idade, o que faz com que haja uma maior necessidade de orientar o comportamento dos mesmos. Como Carnell et al. (2011) verificaram no seu estudo, muitas mães referem que

usam os alimentos como forma de disciplinar o comportamento das crianças, como por exemplo, para evitar as birras, verificando-se assim a prática mais frequente de controlo e alimentação instrumental nos pais mais novos. Seguindo a mesma linha de raciocínio, pais mais velhos têm filhos igualmente mais velhos, como a adolescência é a fase em que os jovens se começam a autonomizar e a tornar-se independentes (Haerens et al., 2008) não há tanta necessidade de orientar os comportamentos dos mesmos, fazendo com que os pais não exerçam controlo e alimentação instrumental sobre os seus filhos.

Os resultados indicaram que o sexo se associa significativamente e de forma positiva tanto à alimentação emocional, como à instrumental. Assim, os pais desta amostra exercem com menos frequência alimentação emocional e instrumental sobre os filhos, em comparação com as mães. Estes resultados são congruentes com estudos anteriores: o estudo de Konttinen, Silventoinen, Sarlio-Lähteenkorva, Männistö e Haukkala (2010) indica que as mulheres praticam com mais frequência uma alimentação emocional do que os homens; McElroy et al. (2004) reportam igualmente que nas mulheres predomina uma prática de alimentação emocional; Elfhag, Tynelius e Rasmussen (2010) não verificaram qualquer relação entre o pai e a alimentação emocional da criança com peso normal, o que também vai ao encontro dos nossos resultados. No entanto, Wardle et al. (2002) não chegaram à mesma conclusão, verificando que as mães reportam a prática de uma alimentação instrumental e emocional menos frequente com os seus filhos. A associação encontrada no presente estudo confirma o que tem sido dito pela literatura até agora, classificando as mães como as principais reguladoras do ambiente alimentar das crianças, mais do que os pais (Safer, Agras, Bryson, & Hammer, 2001). Apesar disso, é importante realçar o facto de a amostra deste estudo ser constituída maioritariamente por mulheres, o que pode influenciar os resultados desta associação dada a pobre representação dos pais neste grupo de participantes ($n = 28$).

Apesar de Ramos e Stein (2000) e Wardle et al. (2002) identificarem que a mãe tende a induzir mais os filhos a comer do que o pai, a relação entre o sexo e a promoção/encorajamento não foi identificada neste estudo. Wardle et al. (2002) verificou também que as mães exercem com mais frequência um controlo sobre a alimentação dos filhos em comparação com o pai, contudo, mais uma vez essa relação não foi identificada no presente estudo.

As habilitações literárias são outra variável que se mostra associada positivamente ao controlo e negativamente à alimentação instrumental e emocional, ou seja, quanto maior o nível de habilitações dos pais, mais frequente será o controlo exercido e menos frequente será a prática de alimentação instrumental e emocional com os seus filhos. Vários autores,

reportam esta mesma associação entre as habilitações literárias e o controlo, indicando que um maior nível de escolaridade se relaciona positivamente a um maior controlo (Gubbels et al., 2009; Saxton et al., 2009; Gubbels et al., 2011; Philips, Sioen, Michels, Sleddens, & Henauw, 2014). Saxton et al. (2009) verificam igualmente no seu estudo a associação entre as habilitações literárias e a alimentação emocional, no entanto, não identificam diferenças significativas entre as habilitações e a alimentação instrumental, nem entre a promoção/encorajamento. No presente estudo também não se verificou qualquer associação significativa entre as habilitações literárias e a promoção/encorajamento. Uma vez que o acesso à informação é um determinante para a adoção de um estilo de vida mais saudável (Nahas, 2001), uma justificação possível para esta associação, é talvez o facto das pessoas mais instruídas terem um maior e mais fácil acesso à informação, que lhes pode proporcionar o conhecimento acerca das melhores práticas a adotar no contexto alimentar.

Segundo a literatura existente, os fatores económicos são apontados como determinantes das escolhas alimentares (OMS, 2016), tal como a situação profissional (Fonseca, 2015). Desta forma, o que seria esperado, era encontrar uma associação positiva entre indivíduos com rendimentos económicos mais elevados e numa situação profissional ativa e as práticas alimentares parentais mais saudáveis, nomeadamente, um controlo moderado e promoção/encorajamento. Contudo, o presente estudo não averiguou nenhuma associação significativa entre pessoas com diferentes rendimentos anuais e situações profissionais em relação às práticas alimentares parentais.

Relativamente aos IMC dos pais, verificou-se uma associação negativa ao controlo e à alimentação emocional, o que indica que pais com IMC superior tendem a exercer com menor frequência controlo e alimentação emocional com os filhos. No estudo de Wardle et al. (2002), verificou-se a mesma associação, concluindo que mães com obesidade exercem um menor controlo sobre a ingestão alimentar dos filhos. Contudo, os mesmos autores não encontraram diferenças entre as mães com obesidade e de peso normal relativamente a uma maior tendência para oferecerem alimentos aos filhos, de modo a que estes lidem com as suas emoções (alimentação emocional). No entanto, diversos autores reportam a prática de uma ingestão emocional em indivíduos com obesidade (Guenter, 2000; Viana & Sinde, 2003; Bernard et al., 2005; Ferreira & Wanderley, 2010), o que fazia prever que existisse uma associação positiva e não negativa, entre o IMC dos pais e a alimentação emocional praticada com os filhos, de acordo com a tendência dos pais em tratar os filhos da mesma forma que se tratam a eles (Wardle et al., 2002).

A variável problemas psicológicos foi negativamente associada à alimentação

emocional e à alimentação instrumental, i.e., indivíduos com pelo menos um problema psicológico auto-reportado tendem a praticar com menor frequência uma alimentação emocional e instrumental com os filhos. Um estudo anterior refere que a ingestão emocional se relaciona a problemas psicológicos, usando os alimentos como uma forma de conforto perante emoções experienciadas (Rutters, Nieuwenhuizen, Lemmens, Born & Westenterp-Plantenga, 2008); neste sentido, era de esperar que existisse uma associação positiva entre a presença de problemas psicológicos e a prática de uma alimentação emocional com as crianças. Uma justificação possível para a associação encontrada seria o facto de a natureza do problema psicológico dos pais não apresentar um impacto negativo nas práticas alimentares parentais, como por exemplo, pais com depressão podem ter a consciência de que não conseguem dar um apoio emocional adequado aos filhos, dedicando-se por isso a tarefas que se sintam mais capazes de realizar, nomeadamente no contexto alimentar. Outra hipótese que poderá ser colocada será a possibilidade de existirem variáveis mediadoras, como as habilitações académicas ou o rendimento anual, que promovam recursos a esses pais com pelo menos um problema psicológico para praticarem práticas alimentares parentais adaptativas (ex: a possibilidade de consultar um nutricionista).

Em relação ao consumo de tabaco, a variável apresenta-se associada unicamente à alimentação emocional, mas de forma negativa, demonstrando que indivíduos que não fumam apresentam uma maior tendência para praticar alimentação emocional com os filhos. Tendo em conta que os fumadores apresentam maiores níveis de stress comparativamente aos não fumadores, e de acordo com Auslander, Netzer e Arad (2003), níveis elevados de stress não permite aos pais oferecer uma nutrição correta aos filhos, a associação encontrada no presente estudo não era esperada.

As variáveis doença e consumo de álcool, segundo vários autores, apresentam uma relação com a obesidade, sendo apontados como causas da sua prevalência (Neto, 1996; Caterson, 2002; Dallman et al., 2003; Beraldo, Vaz, & Naves, 2004; Perez & Romano, 2004; Vasques, Martins, & Azevedo, 2004; Salve, 2005; Melim, Pinhão, & Correira, 2013; Piccoli, 2014). No entanto, os resultados deste estudo não identificaram que estas duas variáveis estivessem correlacionadas com as práticas alimentares parentais.

Mais uma vez, apesar da literatura identificar uma associação entre o estado civil e a obesidade nas crianças (Whitaker et al., 1997; Strauss & Knight, 1999), o presente estudo não confirmou qualquer relação entre a variável relação afetivo/sexual dos pais e as práticas alimentares parentais.

Numa análise preliminar, e de acordo com alguns estudos existentes (Kröller & Warschburger, 2008; Boots et al., 2015) o presente estudo também não identificou nenhuma associação significativa entre as práticas alimentares parentais e o número de filhos. Contudo existem outros autores que refutam estes resultados, reportando a existência de associações entre o número de filhos e a alimentação exercida pelas mães (North & Emmett, 2000; Ystrom, Niegel, & Vollrath, 2009). A variável restrição também não mostrou qualquer relação significativa, o que não vai ao encontro da literatura. O estudo de Johnson e Birch (1994) reporta a associação entre a prática alimentar (restritiva) das mães e o comportamento alimentar dos filhos. Os autores Birch & Fisher (2000) identificam que as mães que praticam uma alimentação restritiva com elas próprias, de forma a controlar o seu peso, exercem uma alimentação igualmente restritiva com as crianças. Wardle et al. (2002) sugerem ainda que mães que apresentam uma ingestão alimentar restritiva poderão exercer controlo sobre a alimentação dos seus filhos, praticando com menos frequência o encorajamento. Contudo, tal como no presente estudo, Wardle et al. (2002) acabaram por não identificar qualquer associação entre a restrição e as práticas alimentares parentais no seu estudo.

A prática de exercício físico é considerada uma prática muito importante para que o indivíduo consiga manter um estado nutricional saudável (Malik, Schulze, & Hu, 2006), desta forma, era expectável que esta variável apresentasse associação aos comportamentos alimentares. No entanto, o exercício físico foi também uma variável que não demonstrou associação significativa a nenhuma prática alimentar parental. Concluindo-se que nesta amostra a prática de exercício físico não implica um efeito nas práticas alimentares que os pais praticam com os filhos.

Tendo em conta que assistir televisão ou jogar videojogos demonstra, segundo a literatura, ser um fator que desencadeia um aumento da obesidade devido à inatividade física associada a esta atividade (Klesges, Shelton, & Klesges, 1993; Gupta, Saini, Acharya & Miglani, 1994; Gortmaker et al., 1996; Lerner, 2000), era expectável que um maior número de horas a ver televisão ou a jogar videojogos estivesse associado a práticas alimentares parentais menos saudáveis; porém os resultados não demonstraram qualquer relação significativa entre estas duas variáveis.

Uma das limitações do presente estudo é o facto dos resultados do mesmo não poderem ser generalizados devido à técnica de amostragem utilizada (conveniência). Adicionalmente, a amostra sobre-representa algumas características, nomeadamente sexo e habilitações literárias, o que poderá ter enviesado os resultados representando comportamentos adotados por mulheres com elevadas habilitações, não podendo ser

replicáveis a amostras com outras características. Tal poderá ter influenciado os resultados, demonstrando diversas associações significativas de acordo com a literatura, visto que os estudos realizados até à data utilizam com mais frequência a mãe enquanto provedora do ambiente alimentar. A desejabilidade social também se apresenta como uma limitação dado que os participantes poderão ter respondido de acordo com o que achavam ser esperado.

Estudos futuros deverão utilizar amostras mais heterogéneas e com um maior número de participantes. Até à data existem poucos estudos realizados com a população portuguesa, assim, e tendo em conta o crescente aumento da obesidade infantil em Portugal, sugere-se um maior investimento da investigação nesta população. Propõe-se que estudos futuros verifiquem se a presença de motivação para a perda de peso em pais com obesidade se associa a uma prática mais frequente de práticas alimentares parentais saudáveis. Outra proposta baseia-se na identificação de uma associação entre a perceção que os pais têm sobre a sua imagem corporal e as práticas alimentares parentais. É proposto ainda um estudo qualitativo sobre a perceção que os pais têm do seu papel enquanto provedores, a perceção do peso da criança e as práticas alimentares parentais. Devido à escassez de estudos longitudinais na área e em Portugal, parece ser relevante a realização de mais estudos longitudinais de forma a perceber o efeito das práticas alimentares parentais no comportamento alimentar das crianças numa idade mais adulta, assim como o peso dos indivíduos nessa fase de vida e que práticas os mesmos adotam enquanto pais. Sugere-se também que investigações futuras deem um maior destaque às variáveis de estado de saúde e de estilo de vida na sua investigação, de modo a conhecer de melhor forma o impacto que estas têm no contexto alimentar.

Verificou-se que existe uma lacuna na literatura referente ao facto de a maior parte dos estudos no contexto alimentar raramente se focarem nos pais, usando apenas a mãe, classificando muitas vezes esta última como se fosse a única ou a maior influência parental na alimentação, aceitando o que se verifica com as mães como aplicável aos pais masculinos, tal como Khandpur, Blaine, Fisher e Davison (2014) o destacaram. Desta forma, propõe-se uma maior atenção relativamente a esse aspeto e mais estudos que englobem o pai, ou que utilizem apenas o pai como influenciador da alimentação dos filhos ou estudos comparativos onde verifiquem as diferenças entre as práticas alimentares parentais praticados pelos pais e pelas mães.

Concluindo, o presente estudo contribui para a literatura existente, destacando a autoeficácia geral dos pais como um preditor de práticas alimentares parentais mais saudáveis. Apesar de vários estudos reportarem a associação entre a restrição, as horas a

assistir televisão, o exercício físico, os rendimentos económicos e os comportamentos alimentares parentais, este estudo não revelou qualquer relação entre estas variáveis e as práticas alimentares que os pais praticam com os seus filhos.

Este estudo reforça ainda os resultados encontrados em estudos anteriores, realçando a tendência de os pais gerirem a alimentação dos filhos como gerem a sua, comprovando que o tipo de comportamento alimentar dos pais (neste caso, ingestão emocional e ingestão externa) prediz o comportamento alimentar praticado com os filhos (nomeadamente, a alimentação emocional e a alimentação instrumental), destacando ainda a relevância de algumas características parentais neste contexto, o que evidencia novamente a influência dos progenitores no ambiente alimentar dos filhos e a importância destes enquanto provedores de práticas alimentares parentais mais saudáveis.

Referências

- Akande, V., Hendriks, A., Ruiters, R., & Kremers, S. (2015). Determinants of dietary behavior and physical activity among Canadian Inuit: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *12*(84), 1-17.
- Almeida, S., Nascimento, P., & Quaioti, T. (2002). Quantidade e qualidade dos produtos alimentícios anunciados na televisão brasileira. *Revista de Saúde Pública*, *36*(3), 353-355.
- Auslander, G., Netzer, D., & Arad, I. (2003). Parental anxiety following discharge from hospital of their very low birth weight infants. *Family Relations*, *52*, 12–21.
- Bandura, A. (1989a). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, *44*(9), 1175-1184.
- Bandura, A. (1989b). Social cognitive theory. In R. Vasta (Eds.), *Annals of child development. Six theories of child development* (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press.
- Baughcum, A., Power, S., Johnson, S., Chamberlin, L., Deeks, C., Jain, A., et al. (2001). Maternal feeding practices and beliefs and their relationships to overweight in early childhood. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, *22*, 391–408.
- Baumeister, R., & Vohs, K. (2004). *Handbook of self-regulation. Research, theory, and applications*. New York, NY, US: Guilford Press.
- 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.
- Beraldo, F., Vaz, I., & Naves, M. (2004). Nutrição, atividade física e obesidade em adultos: aspectos atuais e recomendações para prevenção e tratamento. *Revista Médica de Minas Gerais*, *14*(1), 57-62.

- Berge, J., Wall, M., Bauer, K., & Neumark-Sztainer, D. (2010a). Parenting characteristics in the home environment and adolescent overweight. A latent class analysis. *Obesity, 18*, 818–825.
- Berge, J., Wall, M., Loth, K., & Neumark-Sztainer, D. (2010b). Parenting style as a predictor of adolescent weight and weight-related behaviors. *Journal of Adolescent Health, 46*, 331–338.
- Bernard, F., Cichelero, C., & Vitolo, M. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição, 18*(1), 85-93.
- Binnis, J. (1995). Body composition measurement: the challenge in the unwell child. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition, 4*, 39-42.
- Birch, L., & Fisher, J. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics, 101*, 539–549.
- Birch, L., & Fisher, J. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition, 71*, 1054–1061.
- Birch, L., Fisher, J., Grimm-Thomas, K., Markey, C., Sawyer, R., Johnson, S. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite, 36*, 201-210.
- Birch, L., Zimmerman, S., & Hind, H. (1980). The influence of social-affective context on the development of children's food preferences. *Child Development, 52*, 856–861.
- Black, M., & Aboud, F. (2011). Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting. *Journal of Nutrition, 141*, 490–494.
- Blissett, J. (2011). Relationships between parenting style, feeding style and feeding practices and fruit and vegetable consumption in early childhood. *Appetite, 57*, 826-831.

- Blissett, J., & Bennett, C. (2013). Cultural differences in parental feeding practices and children's eating behaviours and their relationships with child BMI: a comparison of Black Afro-Caribbean, White British and White German samples. *European Journal of Clinical Nutrition*, *67*, 180-184
- Blissett, J., Haycraft, E., & Farrow, C. (2010). Inducing preschool children's emotional eating: relations with parental feeding practices. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *92*, 359-365.
- Boots, S., Tiggemann, M., Corsini, N., & Matiske, J. (2015). Managing young children's snack food intake. The role of parenting style and feeding strategies. *Appetite*, *92*, 94-101.
- Boza, J., Rech, L., Sachett, L., Menegon, D., & Cestari, T. (2010). Manifestações dermatológicas da obesidade. *Revista HCPA*, *30*, 55-62.
- Branca, F., Nikogosian, H., & Lobstein, T. (2007). *The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response*. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, Denmark.
- Brann, L. S., & Skinner, J. D. (2005). More controlling child-feeding practices are found among parents of boys with an average Body Mass Index compared with parent of boys with a high Body Mass Index. *Journal of the American Dietetic Association*, *105*, 1411-1416.
- Brown, R., & Ogden, J. (2004). Children's eating attitudes and behaviour: a study of the modelling and control theories of parental influence. *Health Education Research*, *19*, 261-271.
- Brown, K., Ogden, J., Vogele, C., & Gibson, E. (2008). The role of parental control practices in explaining children's diet and BMI. *Appetite*, *50*, 252-259.

- Brownson, R., Boehmer, T., & Luke, D. (2005). Declining rates of physical activity in the United States: what are the contributors? *Annual Review of Public Health, 26*, 421–443.
- Caldeira, G. (2000). Fatores que influenciam a formação dos hábitos alimentares de crianças. In *Anais do Simpósio Sul Brasileiro de Alimentação e Nutrição: História, Ciência e Arte* (pp. 181-185). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Carroll, P. M., & Foreyt, J. (1999). Obesity is an environmental issue. *Atherosclerosis, 146*(2), 201-219.
- Carnell, S., Cooke, L., Cheng, R., Robbins, A., & Wardle, J. (2011). Parental feeding behaviours and motivations. A qualitative study in mothers of UK pre-schoolers. *Appetite, 57*, 665–673.
- Carnell, S., & Wardle, J. (2007). Measuring behavioural susceptibility to obesity: validation of the child eating behaviour questionnaire. *Appetite, 48*, 104–113.
- Carvalho, M., Carmo, I., Breda, J., & Rito, A. (2011). Análise comparativa de métodos de abordagem da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 29*, 148-156.
- Cataneo, C., Carvalho, A., & Galindo, E. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 18*(1), 39-46.
- Caterson, I. (2002). Overweight and obesity. In J. Mann & A. Truswell (Eds.), *Essentials of human nutrition* (pp. 273-287). Oxford: Oxford University Press.
- Cattaneo, A., Monasta, L., Stamatakis, E., et al. (2010). Overweight and obesity in infants and pre-school children in the European Union: a review of existing data. *Obesity Reviews, 11*, 389–398.
- Christoffel, K., & Ariza, A. (1998). The epidemiology of overweight in children: Relevance for clinical care. *Pediatrics, 101*, 103-105.

- Clark, H., 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*, 132-141.
- Coleman, P., & Karraker, K. (2000). Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relations, 49*(1), 13–24.
- Costa, M. (2012). *Obesidade infantil: práticas alimentares e percepção materna de competências*. (Tese de doutoramento). Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Portugal.
- Cutting, T., Fisher, J., Grimm-Thomas, K., & Birch, L. (1999). Like mother, like daughter: Familial patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition. *American Journal of Clinical Nutrition 69*, 608-613.
- Dallman, M., Pecoraro, N., Akana, S., La Fleur, S., Gomez, F., Houshyar, H., et al. (2003). Chronic stress and obesity: a new view of “comfort food”. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 100*(20), 11696-11701.
- Danielzik, S., Langnase, K., Mast, M., Spethmann, C., & Muller, M. (2002). Impact of parental BMI on the manifestation of overweight 5-7 year old children. *European Journal of Nutrition, 41*, 132–138.
- da Veiga, G., & Sichieri, R. (2006). Correlation in food intake between parents and adolescents depends on socioeconomic level. *Nutrition Research, 26*, 517–523.
- de Assis, M. (2000). Comportamento alimentar e ritmos circadianos de consumo. In *Anais do Simpósio Sul Brasileiro de Alimentação e Nutrição: História, Ciência e Arte* (pp. 17-21). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- de Bourdeaudhuij, I. (2008). The contribution of psychosocial and home environmental factors in explaining eating behaviours in adolescents. *European Journal of Clinical*

Nutrition, 62, 51–59.

- de Lauzon-Guillain, B., Musher-Eizenman, D., Leporc, E., Holub, S., & Charles, M. A. (2009). Parental feeding practices in the United States and in France: relationships with child's characteristics and parent's eating behavior. *Journal of the American Dietetic Association, 109*, 1064–1069.
- Deshmukh-Taskar, P., Nicklas, T., Yang, S., & Berenson, G. (2007). Does food group consumption vary by differences in socioeconomic, demographic, and lifestyle factors in young adult? The Bogalusa Heart Study. *Journal of the American Dietetic Association, 107*(2), 223-34.
- Dietz, W. (1998). Health consequences of obesity in youth. Childhood predictors of adult disease. *Pediatrics, 101*, 518–525.
- Dubois, L., & Girard, M. (2006). Early determinants of overweight at 4.5 years in a population based longitudinal study. *International Journal of Obesity, 30*, 610–617.
- Elfhag, K., Tynelius, P., & Rasmussen, F. (2010). Family links of eating behaviour in normal weight and overweight children. *International Journal of Pediatric Obesity, 5*, 491–500.
- Escrivão, M., Oliveira, F., Taddei, J., & Lopez, F. (2000). Obesidade exógena na infância e na adolescência. *Journal of Pediatrics, 76*(3), 305-310.
- Evans, A., Seth, J., Smith, S., Harris, K., Loyo, J., Spaulding, C., Van Eck, M., Gottlieb, N. (2011). Parental feeding practices and concerns related to child underweight, picky eating, and using food to calm differ according to ethnicity/race, acculturation, and income. *Maternal and Child Health Journal, 15*(7), 899–909.
- Ferreira, V., & Wanderley, E. (2010). Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência e Saúde Colectiva, 15*(1), 185-194.

- Finucane, M., Stevens, G., Cowan, M. et al (2011). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*, 377, 557–567.
- Fisher O. (2002). Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(1), 58-64.
- Fisher J, & Birch L. (2000). Parents' restrictive feeding practices are associated with young girls' negative self-evaluation of eating. *Journal of the American Dietetic Association*, 100(11), 1341-1346.
- Fisher, J., & Birch, L. (1999a). Restricting access to foods and children's eating. *Appetite*, 32, 405–419.
- Fisher, J., & Birch, L. (1999b). Restricting access to palatable foods affects children's behavioral response, food selection and intake. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 69, 1264–1272.
- Fisher, J., Birch, L., Zhang, J., Grusak, M., & Hughes, S. (2013). External influences on children's self-served portions at meals. *International Journal of Obesity*, 37(7), 954–960.
- Fisher, J., Mitchell, D., Smiciklas-Wright, H., & Birch, L. (2002). Parental influences on young girls' fruit and vegetable, micronutrient, and fat intakes. *Journal of the American Dietetic Association*, 102, 58–64.
- Fitzgerald, A., Heary, C., Nixon, E., & Kelly, C. (2010). Factors influencing the food choices of Irish children and adolescents: a qualitative investigation. *Health Promotion International*, 25(3), 289-298.
- Fonseca, M. (2015). *Determinantes dos hábitos alimentares nos estudantes do ensino profissional*. Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.

- Francis, L., & Birch, L. (2005). Maternal influences on daughters' restrained eating behavior. *Health Psychology, 24*(6), 548–554.
- Francis, L., Hofer, S., & Birch, L. (2001). Predictors of maternal childfeeding style: Maternal and child characteristics. *Appetite, 37*, 231–243.
- Francis, L., & Susman, E. (2009). Self-regulation and rapid weight gain in children from age 3 to 12 years. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 163*(4), 297–302.
- Frankel, L., Hughes, S., O'Connor, T., Power, T., Fisher, J., & Hazen, N. (2012). Parental influences on children's self-regulation of energy intake. Insights from developmental literature on emotion regulation. *Journal of Obesity, 1-12*.
- Frankel, L., O'Connor, T., Chen, T., Nicklas, T., Power, T., & Hughes, S. (2014). Parents' perceptions of preschool children's ability to regulate eating. Feeding style differences. *Appetite, 76*, 166–174.
- Freitas, P., & Cidade, R. (2002). *Introdução à educação física e ao desporto para pessoas portadoras de deficiência* (1ª ed.). Curitiba: UFPR.
- Fuemmeler, B., Yang, C., Costanzo, P., Hoyle, R., Siegler, I., Williams, R., & Ostbye, T. (2012). Parenting styles and body mass index trajectories from adolescence to adulthood. *Health Psychology, 31*, 441–449.
- Furst, T., Connors, M., Bisogni, C., Sobal, J., & Falk, L. (1996). Food choice: a conceptual model of the process. *Appetite, 1996, 26*(3), 247-66.
- Galloway, A., Fiorito, L., Francis, L., & Birch, L. (2006). 'Finish your soup'. Counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. *Appetite, 46*, 318–323.

- Galloway, A., Fiorito, L., Lee, Y., & Birch, L. (2005). Parental pressure, dietary patterns, and weight status among girls who are “picky eaters”. *Journal of the American Dietetic Association, 105*(4), 541-548.
- Gillman, M., Rifas-Shiman, S., Frazier, A., Rockett, H., Camargo, C., Field, A., Berkey, C., & Colditz, G. (2000). Family dinner and diet quality among older children and adolescents. *Archives of Family Medicine, 9*, 235-240.
- Good, G., Lagrow, S., & Alpass, F. (2008). An age-cohort study of older adults with and without visual impairments: activity, independence and life satisfaction. *Journal Visual Impairment Blindness, 9*(102), 517-527.
- Gorgatti, M., Teixeira, L., Vanicola, M. (2008). Deficiência visual. In L. Teixeira, *Atividade física adaptada e saúde da teoria à prática* (pp. 399-412). São Paulo: Phorte.
- Gortmaker, S., Must, A., Sobol, A., Peterson, K., Golditz, G., & Dietz, W. (1996). Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-1990. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 150*(4), 356-362.
- Green, S. (1997). Obesity: Prevalence, causes, health risks and treatment. *British Journal of Nursery, 6*, 1181-1185.
- Grilo, C., & Pogue-Geile, M. (1991). The nature of environmental influences on weight and obesity: a behavior genetic analysis. *Psychological Bulletin, 110*(3), 520–537.
- Gubbels, J., Kremers, S., Stafleu, A., Dagnelie, P., Goldbohm, R., de Vries, N., & Thijs, C. (2009). Diet-related restrictive parenting practices. Impact on dietary intake of 2-year-old children and interactions with child characteristics. *Appetite, 52*, 423–429.
- Gubbels, J., Kremers, S., Stafleu, A., de Vries, S., Goldbohm, R., Dagnelie, P., de Vries, N., 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 Behavioral Nutrition Physical Activity, 14*(8).

- Guenter, R. (2000). A obesidade feminina. *Análise Psicológica*, 1(18), 59-70.
- Guilano-Ramos, V., Dittus, P., Jaccard, J., Johanson, M., Bouris, A., & Acosta, N. (2007). Parenting practices among Dominican and Puerto Rican mothers. *Social Work*, 52(1), 17–30.
- Gupta, R., Saini, D., Acharya, U., & Miglani, N. (1994). Impact of television on children. *Indian Journal of Pediatrics*, 61(2), 153-159.
- Haerens, L., Craeynest, M., Deforche1, B., Maes, L., Cardon, G., & De Bourdeaudhuij, I. (2008). The contribution of psychosocial and home environmental factors in explaining eating behaviours in adolescents. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62, 51–59.
- Hall, S., Ginsberg, D., & Jones, R. (1986). Smoking cessation and weight gain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(3), 342-346.
- Harris, J., Pomeranz, J., Lobstein, T., & Brownell, K. (2009). A Crisis in the marketplace: How food marketing contributes to childhoodobesity and what can be done. *Annual Review of Public Health*, 30, 211–225.
- Haycraft, E., & Blissett, J. (2008). Maternal and paternal controlling feeding practices: reliability and relationships with BMI. *Obesity*, 16, 1552–1558.
- Hennessy, E., Hughes, S., Goldberg, J., Hyatt, R., & Economos, C. (2010). Parent behavior and child weight status among a diverse group of underserved rural families. *Appetite*, 54, 369–377.
- Hennessy, E., Hughes, S., Goldberg, J., Hyatt, R., & Economos, C. (2012). Permissive parental feeding behavior is associated with an increase in intake of low-nutrient-dense foods among American children living in rural communities. *Journal of the Academy of Nutrition & Dietetics*, 112, 142–148.

- Herédia, T., Pimenta, F., Lima, M., Bernarda, L. & Simões, J. (2012). Body Mass Index (BMI): Are we using an informative measure in health-related studies? *Psychology & Health, 27* (1), 191.
- Hoerr, S., Hughes, S., Fisher, J., Nicklas, T., Liu, Y., & Shewchuk, R. (2009). Associations among parental feeding styles and children's food intake in families with limited incomes. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 6*(55), 1-7.
- Hughes, S., Patrick, H., Power, T., Fisher, J., Anderson, C., & Nicklas, T. (2007). The impact of child care providers' feeding on children's food consumption. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 28*, 100–107.
- Hughes, S., Power, T., Liu, Y., Sharp, C., & Nicklas, T. (2015). Parent emotional distress and feeding styles in low-income families. The role of parent depression and parenting stress. *Appetite, 92*, 337–342.
- Hughes, S., Power, T., Orlet, J., Mueller, S., & Nicklas, T. (2005). Revisiting a neglected construct. Parenting styles in a child-feeding adolescent. *Appetite, 44*(1), 83–92.
- Hughes, S., Power, T., Papaioannou, M., Cross, M., Nicklas, T., Hall, S., et al. (2011). Emotional climate, feeding practices, and feeding styles. An observational analysis of the dinner meal in Head Start Families. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 8*(60), 1-11.
- Hughes, S., Shewchuk, R., Baskin, M., Nicklas, T., & Qu, H. (2008). Indulgent feeding style and children's weight status in preschool. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 29*, 403–410.
- INCA - Instituto Nacional de Câncer. (2004). *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.

- Jenkins, S., & Horner, S. (2005). Barriers that influence eating behaviours in adolescents. *Journal of Pediatric Nursing, 20*(4), 258–267.
- Johnson, S. (2000). Improving preschoolers' self-regulation of energy intake. *Pediatrics, 106*(6), 1429-1435.
- Johnson, S., & Birch, L. (1994). Parent's and children's adiposity and eating style. *Pediatrics, 94*(5), 653–661.
- Joyce, J., & Zimmer-Gembeck, M. (2009). Parent feeding restriction and child weight. The mediating role of child disinhibited eating and the moderating role of the parenting context. *Appetite, 52*(3), 726–734.
- Kaplowitz, H., Wild, K., Mueller, W., Decker, M., Tanner, J. (1988). Serial and adolesc-child changes in adolescent of body fat distribution and fatness in children from London Longitudinal Growth Study, ages two to eighteen years. *American Journal of Human Biology, 60*, 739–758.
- Khandpur, N., Blaine, R., Fisher, J., & Davison, K. (2014). Fathers' child feeding practices: a review of the evidence. *Appetite, 78*, 110–121.
- Klesges, R., Shelton, M., & Klesges, L. (1993). Effects of television on metabolic rate: potential implications for childhood obesity. *Pediatrics, 91*(2), 281-286.
- Kontinen, H., Silventoinen, K., Sarlio-Lähteenkorva, S., Männistö, S., & Haukkala, A. (2010). Emotional eating and physical activity self-efficacy as pathways in the association between depressive symptoms and adiposity indicators. *The American Journal Clinical Nutrition, 92*(5), 1031–1039.
- Kröller, K., & Warschburger, P. (2008). Associations between maternal feeding style and food intake of children with a higher risk for overweight. *Appetite, 51*, 166–172.
- Lane, S., Bluestone, C., & Burke, C. (2013). Trajectories of BMI from early childhood through early adolescence. SES and psychosocial predictors. *British Journal of*

Health Psychology, 18, 66–82.

- Larson, N., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P., Story, M. (2007). Family meals during adolescence are associated with higher diet quality and healthful meal patterns during young adulthood. *Journal of American Dietetic Association, 107*(9), 1502-1510.
- Larson, N., Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. (2007). Family meals in adolescence: Longitudinal associations with dietary intake and meal patterns. *Journal of Adolescent Health, 40*(2), 1-18.
- Lawrence V., & Kopelman P. (2004). Medical consequences of obesity. *Clinical Dermatology, 22*, 296-302.
- Lerner, R. (2000). Perfil de adolescent. In *Simpósio: Obesidade e Anemia Carencial na Adolescência* (pp. 147-159). São Paulo: Instituto Danone.
- Lloyd-Jones, D., Adams, R., Carnethon, M., De Simone, G., Ferguson, T., Flegal, K., et al. (2009). Heart disease and stroke statistics-2009 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation, 119*(3), 480–486.
- Lo, K., Cheung, C., Lee, A., Tam, W., & Keung, V. (2015). Associations between parental feeding styles and childhood eating habits: a survey of Hong Kong pre-school children. *PLOS ONE, 10*(4), 1-11.
- Luppino, F., de Wit, L., Bouvy, P., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B., & Zitman, F. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry, 67*(3), 220–229.
- Lytle, L. (2002). Nutritional issues for 63dolescentes. *Journal of the American Dietetic Association, 102*(3), 8–12.

- Machado, R., Azambuja, C., Minuzzi, T., & Santos, D. (2016). Sobrepeso e obesidade de pessoas com deficiência visual. *Revista Brasileira de Iniciação Científica, Itapetininga*, 6(3), 276-283.
- Maffeis, C., Talamini, G., & Tato, L. (1998). Influence of diet, physical activity and parent's obesity on children's adiposity: a four-year longitudinal study. *International Journal of Obesity*, 22, 758–764.
- Malik, V., Schulze, M., & Hu, F. (2006). Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 84, 274–88.
- Manios, Y., & Costarelli, V. (2011). Childhood obesity in the WHO European Region. In L. Moreno, I. Pigeot & W. Ahrens (Eds.), *Epidemiology of Obesity in Children and Adolescents—Prevalence and Etiology* (pp.43-68). Springer: New York, NY, USA.
- Marôco, J. (2014a). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações*. (2ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J. (2014b). *Análise estatística com o SPSS statistics*. (6ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Mason, T. (2015). Parental instrumental feeding, negative affect, and binge eating among overweight individuals. *Eating Behaviors*, 17, 107–110.
- Matheson, D., Robinson, T., Varady, A., & Killen, J. (2006). Do Mexican American mothers' food-related parenting practices influence their children's weight and dietary intake? *Journal of the American Dietetic Association*, 106, 1861–1865.
- McElroy, S., Kotwal, R., Malhotra, S., Nelson, E., Keck, P., & Nemeroff, C. (2004). Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(5), 634-651.
- Mead, E., Gittelsohn, J., Roache, C., & Sharma, S. (2010). Healthy food intentions and higher socioeconomic status are associated with healthier food choices in an Inuit

- population. *Journal of Human Nutrition and Dietetic*, 23(1), 83–91.
- Melim, D., Pinhão, S., & Correira, F. (2013). Stresse e sua relação com a obesidade. *Alimentação Humana*, 3(19), 74-81.
- Mitchell, S., Brennan, L., Hayes, L., & Miles, C. (2009). Maternal psychosocial predictors of controlling parental feeding styles and practices. *Appetite*, 53, 384–389.
- Monge-Rojas, R. (2001a). Dietary intake as a cardiovascular risk factor in Costa Rican adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 28, 328–337.
- Monge-Rojas, R. (2001b). Marginal vitamin and mineral intake of Costa Rican adolescents. *Archives of Medicine Research*, 32, 70–78.
- Monge-Rojas, R., Smith-Castro, V., Colon-Ramos, U., Garita-Arce, C., Sánchez-Lápez, M., & Chinnock, A. (2010). Parental feeding styles and adolescents' healthy eating habits. Structure and correlates of a Costa Rican questionnaire. *Appetite*, 55, 253–262.
- Montgomery, C., Jackson, D., Kelly, L., & Reilly, J. (2006). Parental feeding style, energy intake and weight status in young Scottish children. *British Journal of Nutrition*, 96, 1149–1153.
- Morrison, H., Power, T., Nicklas, T. & Hughes, S. (2013). Exploring the effects of maternal eating patterns on maternal feeding and child eating. *Appetite*, 63, 77–83.
- Munoz, K., Krebs-Smith, S., Ballard-Barbash, R., & Cleveland, L. (1997). Food intakes of US children and adolescents compared with recommendations. *Pediatrics*, 100, 323–329.
- Musher-Eizenman, D., de Lauzon-Guillain, B., Holub, S., Leporc, E., & Charles, M. (2009). Child and parent characteristics related to parental feeding practices. A cross-cultural examination in the US and France. *Appetite*, 52(1), 89–95.
- Nahas, M. (2001). *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um*

estilo de vida ativo. (2^a ed.). Londrina: Midiograf.

- Natacci, L., & Júnior, M. (2011). The three factor eating questionnaire - R21: tradução para o português e aplicação em mulheres brasileiras. *Revista de Nutrição*, 24(3), 383-394.
- National Heart, L., & Blood, I. (1998). *Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: The evidence report*. Bethesda, Md: National Heart, Lung, and Blood Institute.
- Neto, L. (1996). Obesidade: relações de causas e efeitos. *JBM* 71, 100–104.
- Neumark-Sztainer, D., Hannan, P., Story, M., Croll, J., & Perry, C. (2003). Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 103, 317-322.
- Newby, P. (2009). Plant foods and plant-based diets. Protective against childhood obesity? *American Journal of Clinical Nutrition*, 89, 1572–1587.
- Newman, J., & Taylor, A. (1992). Effect of a means-contingency on young children's food preferences. *Journal of Experimental Child Psychology*, 64, 200–216.
- North, K. & Emmett, P. (2000). Multivariate analysis of diet among three-year-old children and associations with socio-demographic characteristics. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54, 73–80.
- Oliveira, A., Cerqueira, E., Souza, J., & Oliveira, A. (2003). Sobrepeso e obesidade infantil: influência de fatores biológicos e ambientais em Feira de Santana, BA. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 47(2), 144-150.
- Omar, M., Coleman, G., & Hoerr, S. (2001). Healthy eating for rural low-income toddlers: caregivers' perceptions. *Journal of Community Health Nursing*, 18, 93-106.

- OMS – Organização Mundial de Saúde (2016). *Obesity and overweight*. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Palenzuela, D. (1988). Refining the theory and measurement of expectancy of internal versus external control of reinforcement. *Personality and Individual Differences*, 9, 607-629.
- Patrick, H., Nicklas, T., Hughes, S., & Morales, M. (2005). The benefits of authoritative feeding styles and children's food consumption patterns. *Appetite*, 44(2), 243-249.
- Perez, G., & Romano, B. (2004). Comportamento alimentar e síndrome metabólica: aspectos psicológicos. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 4, 546-547.
- Philippas, N., & Lo, C. (2005). Childhood obesity: etiology, prevention, and treatment. *Nutr Clin Care*, 8(2), 77-88.
- Philips, N., Sioen, I., Michels, N., Sleddens, E., & Henauw, S. (2014). The influence of parenting style on health related behavior of children: findings from the ChiBS study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(95), 1-14.
- Picolli, A. (2014). *Estilos parentais, práticas alimentares parentais e o estado nutricional em adolescentes* (Tese de Mestrado). Instituto De Cardiologia Do Rio Grande Do Sul Fundação Universitária De Cardiologia, Porto Alegre.
- Plomin, R., DeFries, J., Knopik, V., & Neiderhiser, J. (2012). *Behavioral Genetics*. (6^a ed.). Worth Publishers, New York.
- Powell, F., Farrow, C., & Meyer, C. (2011). Food avoidance in children. The influence of maternal feeding practices and behaviours. *Appetite*, 57, 683–692.
- Puhl, R., & Brownell, K. (2006). Confronting and coping with weight stigma: An

- investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, *14*, 1802–1815.
- Puhl, R., & Schwartz, M. (2003). If you are good you can have a cookie: how memories of childhood food rules link to adult eating behaviours. *Eating Behaviors*, *4*, 283–293.
- Ramos, M., & Stein, L. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria*, *76*(3), 229-237.
- Rhee, K., Lumeng, J., Appugliese, D., Kaciroti, N., & Bradley, R. (2006). Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics*, *117*, 2047–2054.
- Ribeiro, J. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. (2ª ed.). Lisboa: Placebo, Editora LDA.
- Rigal, N., Chabanet, C., Issanchou, S., & Monnery-Patris, S. (2012). Links between maternal feeding practices and children's eating difficulties. Validation of French tools. *Appetite*, *58*, 629–637.
- Rito, A., Wijnhoven, T., Rutter, H., Carvalho, M., Paixão, E., Ramos, C., Claudio, D., Espanca, R., Sancho, T., Cerqueira, Z., Carvalho, R., Faria, C., Feliciano, E., & Breda, J. (2012). Prevalence of obesity among Portuguese children (6–8 years old) using three definition criteria: COSI Portugal, 2008. *Pediatric Obesity*, *7*, 413–422.
- Rivera, J., Barquera, S., Campirano, F., Campos, I., Safdie, M., & Tovar, V. (2002). Epidemiological and nutritional transition in Mexico: rapid increase of non-communicable chronic diseases and obesity. *Public Health Nutrition*, *5*, 113–122.
- Rodenburg, G., Kremers, S., Oenema, A., & van de Mheen, D. (2013). Associations of parental feeding styles with child snacking behaviour and weight in the context of general parenting. *Public Health Nutrition*, *17*(5), 960–969.
- Rodgers, R., Paxton, S., Massey, R., Campbell, K., Wertheim, E., Skouteris, H., et al. (2013). Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in

- young children. A prospective study. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 24.
- Rosenbloom, L., & Sullivan, P. (1996) *The Nutritional and neurodevelopmental consequences of feeding difficulties in disabled children*. Cambridge University Press.
- Rotenberg, S., & Vargas, S., (2004). Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Revista Brasileira de Saúde Materna*, 4(1), 85-94.
- Rutters, F., Nieuwenhuizen, A., Lemmens S., Born, J., & Westenterp-Plantenga, M. (2008). Acute stress-related changes in eating in the absence of hunger. *Obesity*, 17, 72-77.
- Safer, D., Agras, W., Bryson, S., & Hammer, L. (2001). Early body mass index and other anthropometric relationships between parents and children. *International Journal of Obesity*, 25, 1532–1536.
- Salve, M. (2005). Estudo sobre peso corporal e obesidade. *Lecturas, Educación Física y Deportes, Revista Digital*, 10(89).
- Salvy, S., Vartanian, L., Coelho, J., Jarrin, D., & Pliner, P. (2008). The role of familiarity on modeling of eating and food consumption in children. *Appetite*, 50(2), 514–518.
- Samson-Fang, L., & Stevenson, R. (2000). Identification of malnutrition in children with cerebral palsy: poor performance of weight-for-height centiles. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42, 162-68.
- Savage, J., Fisher, J., & Birch, L. (2007). Parental Influence on Eating Behavior: Conception to Adolescence. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35(1), 22-34.
- Saxton, J., Carnell, S., Van Jaarsveld, C., & Wardle, J. (2009). Maternal education is associated with feeding style. *Journal of the American Dietetic Association*, 109, 894–898.

- Schwarzer, R., Schuz, B., Ziegelmann, J., Lippke, S., Luszczynska, A., & Scholz, U. (2007). Adoption and maintenance of four health behaviors: Theory-guided longitudinal studies on dental flossing, seat belt use, dietary behavior, and physical activity. *Annals of Behavioral Medicine, 33*(2), 156–166.
- Silva, D. (2010). *Expectativas generalizadas de controlo. Tradução e adaptação da escala BEEGC-20*. Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde. Instituto Politécnico de Viseu.
- Simon, G., Ludman, E., Linde, J., Operskalski, B., Ichikawa, L., Rohde, P., et al. (2008). Association between obesity and depression in middle-aged women. *General Hospital Psychiatry, 30*, 32–39.
- Skouteris, H., McCabe, M., Swinburn, B., Newgreen, V., Sacher, P., & Chadwick, P. (2011). Parental influence and obesity prevention in pre-schoolers: a systematic review of interventions. *Obesity Reviews, 12*(5), 315-328.
- Sleddens, E., Kremers, S., De Vries, N., & Thijs, C. (2010). Relationship between parental feeding styles and eating behaviours of Dutch children aged 6–7. *Appetite, 54*, 30-36.
- Snoek, H., Engels, R., Janssen, J., van Strien, T. (2007). Parental behaviour and adolescents' emotional eating. *Appetite, 49*, 223-230.
- Sørensen, T., Holst, C., & Stunkard, A. (1992). Childhood body mass index – genetic and familial environmental influences assessed in a longitudinal adoption study. *International Journal of Obesity, 16*, 705–714.
- Steeves, E., Silbergeld, E., Summers, A., Chen, L., & Gittelsohn, J. (2012). Risky food safety behaviors are associated with higher BMI and lower healthy eating self-efficacy and intentions among African American churchgoers in Baltimore. *PLOS ONE, 7*(12).
- Stevenson, R., Robert, C., Vogtle, L. (1995). The effects of nonnutritional factors on growth in cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology, 37*, 124-30.

- Story, M., Neumark-Sztainer, D., Resnick, M., & Blum, R. (1998). Psychosocial factors and health behaviors associated with inadequate fruit and vegetable intake among American-Indians and Alaska-native adolescents. *Journal of Nutrition Education, 30*, 100-106.
- Strauss, R., & Knight, J. (1999). Influence of the home environment on the development of obesity in children. *Pediatrics, 103*(6), 85-93.
- Tiggemann, M., & Lowes, J. (2002). Predictors of maternal control over children's eating behaviour. *Appetite, 39*, 1-7.
- Toral, N., & Slater, B. (2007). Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciências da Saúde Coletiva, 12*(6), 1641-1650.
- Tovar, A., Hennessy, E., Pirie, A., Must, A., Gute, D., Hyatt, R., et al. (2012). Feeding styles and child weight status among recent immigrant mother-child dyads. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9*, 1-8.
- Unlü, G., Aras, S., Güvenir, T., Büyükgebiz, B., & Bekem, O. (2006). Family functioning, personality disorders and depressive and anxiety symptoms among mothers of children with food refusal. *Turkish Journal of Psychiatry, 17*(1), 12-21.
- Van Strien T, Bazelier F. (2007). Perceived parental control of food intake is related to external, restrained and emotional eating in 7-12-year-old boys and girls. *Appetite, 49*, 618-625.
- Vasques, F., Martins, F., & Azevedo, A. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica, 31*(4), 195-198.
- Ventura, A., & Birch, 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., Keukelier, E., & Maes, L. (2004). Influence of mother's educational level on food parenting practices and food habits of young children. *Appetite*, *43*, 93–103.
- Vereecken, C., Rovner, A., & Maes, L. (2010). Associations of parenting styles, parental feeding practices and child characteristics with young children's fruit and vegetable consumption. *Appetite*, *55*(3), 574-581.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, *4*(20), 611-624.
- Viana, V., Candeias L., Rego, C., & Silva, D. (2009). Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: uma revisão da bibliografia. *Alimentação Humana*, *15*(1), 9-16.
- Viana, V., Lopes dos Santos, P., & Guimarães, M. (2008). Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doença*, *9*(2), 209-231.
- Viana, V., & Sinde, S. (2003). Estilo alimentar: adaptação e validação do questionário holandês do comportamento alimentar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, *8* (1-2), 59-71.
- Videon, T., Manning, C. (2003). Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. *J Adolesc Health*, *32*, 365-373.
- Vollmer, R., & Mobley, A. (2013). Parenting styles, feeding styles, and their influence on child obesogenic behaviors and body weight. A review. *Appetite*, *71*, 232–241.
- Wardle, J. (1987). Eating style: a validation study of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire in normal subjects and women with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, *31*(2), 161–169.
- Wardle, J., Carnell, S., & Cooke, L. (2005). Parental control over feeding and children's fruit and vegetable intake. How are they related? *Journal of the American Dietetic Association*, *105*(2), 227–232.

- Wardle, J., Sanderson, S., Guthrie, C. A., Rapoport, L., & Plomin, R. (2002). Parental feeding style and the inter-generational transmission of obesity risk. *Obesity Research, 10*, 453–462.
- Warschburger, P. (2005). The unhappy obese child. *International Journal of Obesity, 29*, 127-129.
- Whitaker, K., Jarvis, M., Beeken, R., Boniface, D., & Wardle, J. (2010). Comparing maternal and paternal intergenerational transmission of obesity risk in a large population-based sample. *The American Journal Clinical Nutrition, 91*(6), 1560–1567.
- Whitaker, R., Wright, J., Pepe, M., Seidel, K., & Dietz, W. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *The New England Journal of Medicine, 337*(13), 869– 873.
- Ystrom, E., Barker, M., & Vollrath, M. (2012). Impact of mothers' negative affectivity, parental locus of control and child-feeding practices on dietary patterns of 3-year-old children: The MoBa Cohort Study. *Maternal and Child Nutrition, 8*, 103-114.
- Ystrom, E., Niegel, S. & Vollrath, M. (2009). The impact of maternal negative affectivity on dietary patterns of 18-month-old children in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Maternal and Child Nutrition, 5*, 234–242.

Anexos

Anexo A: Comprovativo da autorização de utilização do questionário



ISPA – Instituto Universitário
Unidade de Investigação de Psicologia e Saúde
Isabel Leal, PhD
Rua Jardim do Tabaco, nr. 34
1149-041 Lisboa,
Portugal

Subject	Date	
License agreement DEBQ	1.07.2014	
Ref.	Phone	E-mail
14b1422jr	00 31 20 52 44 514	klantenservice@boomtestuitgevers.nl

Dear Dr. Isabel Leal,

Hereby we grant you a temporary permission to use the Portuguese version of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) of our author Dr. Tatjana van Strien. This license holds exclusively for the benefit of the below mentioned study:

Subject of the study: Eating behaviours in people with Obesity and successful weight loss

Institution: ISPA – Instituto Universitário

Researchers: Filipa Pimenta, Isabel Leal, Mafalda Leitão, Patrícia Ferreira, Adriana Bernardino

Period of use: The Portuguese DEBQ will be used with **471** subjects from 2011 to 2013.

Once the following restrictions are met, you may proceed with data collection using the Portuguese version of the DEBQ.

This license agreement is subject to the following restrictions:

1. This permission is valid exclusively for the benefit of the above mentioned study.
2. This permission is valid exclusively for research within the above mentioned institution.
3. This permission holds for the above mentioned number of copies.
4. This permission holds for a limited period, as mentioned above as 'period of use'.
5. At all times the full, official version of the DEBQ (33 items) will be used and/or printed.
6. Any and all materials used will contain the following credit line: *Dutch Eating Behaviour Questionnaire 2005 (DEBQ). Adapted and reproduced by special permission of the Publisher, Boom test publishers, Amsterdam, The Netherlands, for the DEBQ, copyright 2005 by Dr. T. van Strien p/a Boom test publishers, Amsterdam. This material is copyright protected and further reproduction is prohibited without permission in writing from the publisher.*
7. Boom test publishers will receive two copies of the DEBQ as printed for the benefit of the above mentioned study.
8. After completion of the study, all the materials must be destroyed.
9. You are explicitly not allowed to reproduce neither the DEBQ, nor the individual test items in any publication whatsoever.
10. None of the material may be sold, given away or used for purpose other than those described above without written permission from Boom test publishers.



For the use of the questionnaire administration costs of €50,- and a license fee of € 489,84 (excluding VAT) will be charged at the start of the period of use.

Boom test uitgevers is entitled to abate the license with immediate effect, maintaining any other rights, if Boom test uitgevers has sufficient indications that you infringe on the intellectual rights of the test. If you have evidence that third parties are infringing on these rights, you will immediately notify Boom test uitgevers. You will also cooperate with Boom test uitgevers on any measures to be taken against those third parties.

On this license agreement the Terms and Conditions of Boom test uitgevers are applicable. The Terms and Conditions can be found at www.boomtestuitgevers.nl. And upon request (info@boomtestuitgevers.nl) will be sent free of charge.

One copy of this license agreement should be signed and returned to me to indicate that you agree with the above restrictions. After receiving the signed agreement we will send you the official version of the Portuguese DEBQ.

Sincerely,
Boom test publishers

Amsterdam,

Manon Fleur
Customer relations and Sales

ISPA – Instituto Universitário, Psychology & Health
Research Unit (UIPES)

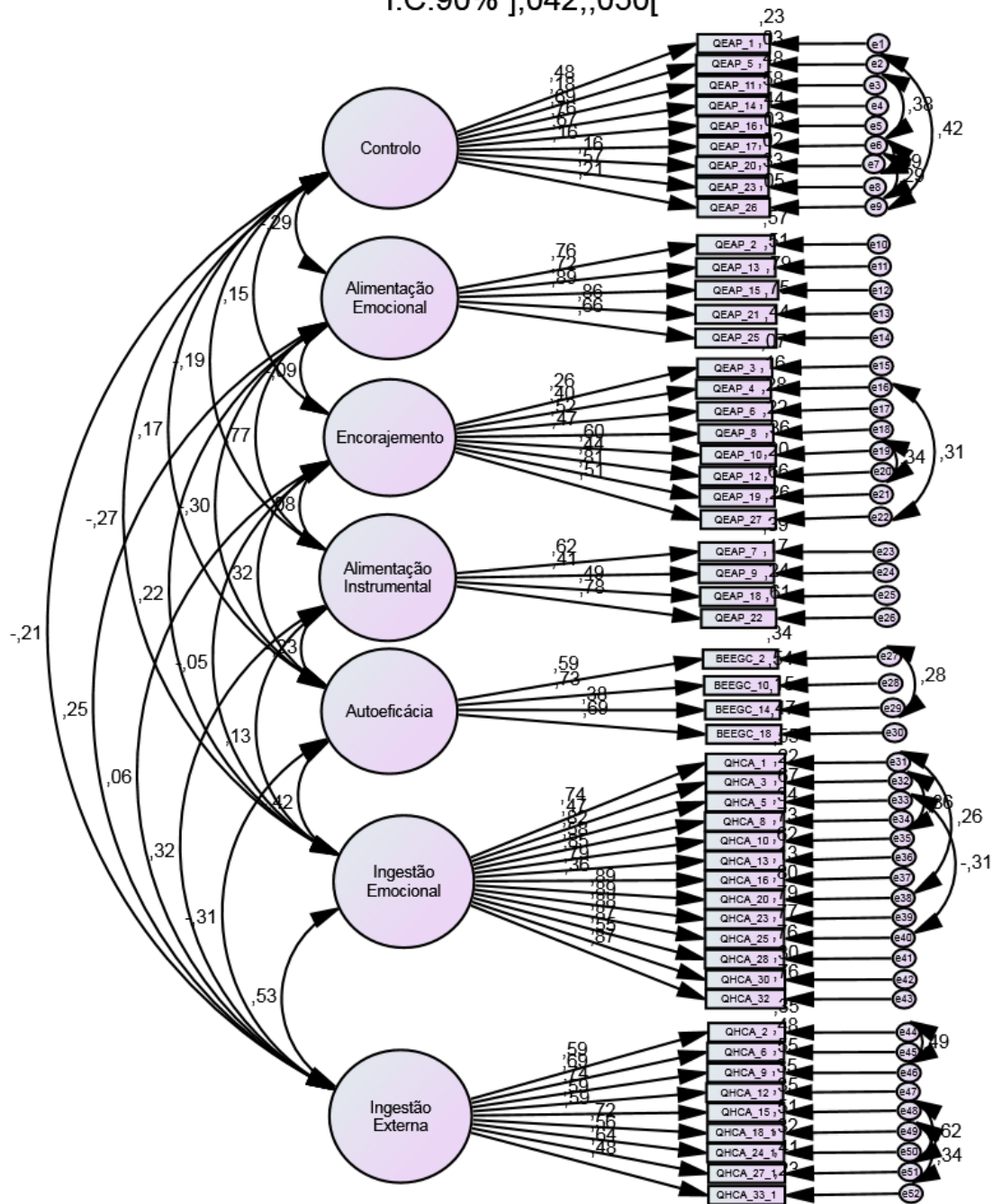
Lisbon, 2.07.2014

2/7/2014

Isabel Leal
UIPES' Coordinator

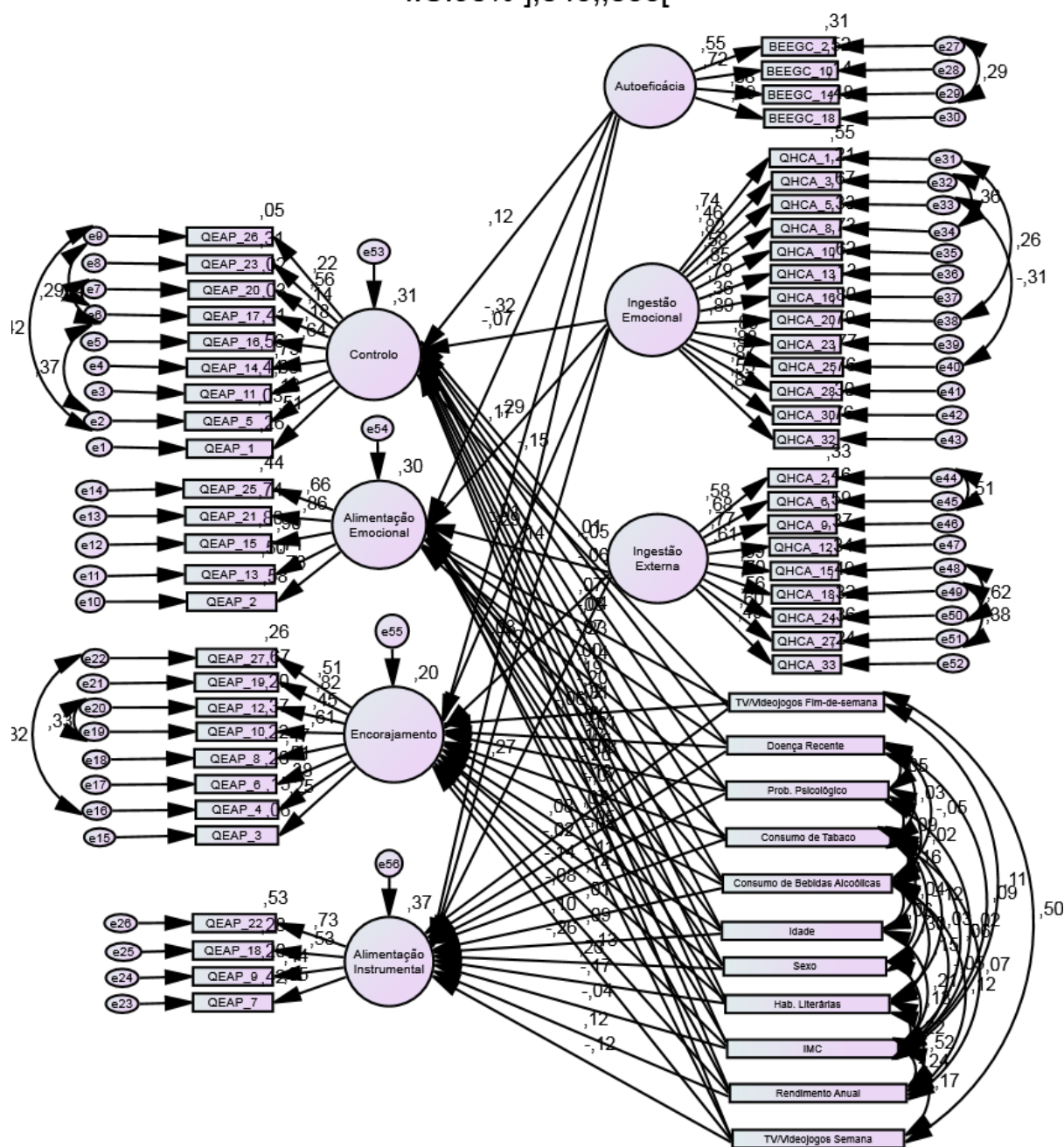
Anexo B: Modelo de Medida

Modelo de Medida
 $\chi^2=1895,020$; $df=1240$; $p=,000$; $\chi^2/df=1,528$
 $CFI=,894$; $TLI=,886$
 $RMSEA=,046$; $P(rmsea<0.05)=,952$
 $I.C.90\%] ,042, ,050[$



Anexo C: Modelo de Equações Estruturais

Modelo de Equações Estruturais
 $\chi^2=2922,457$; $df=1806$; $p=,000$; $\chi^2/df=1,618$
 $CFI=,832$; $TLI=,813$
 $RMSEA=,050$; $P(rmsea<0.05)=,570$
 $I.C.90\%] ,046, ,053[$



Anexo D: Output da Tabela do Peso das Regressões do Modelo de Equações Estruturais

Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Alimentação_Emocional	<--- Probpsic2cat_1	-,355	,149	-2,378	,017	
Alimentação_Instrumental	<--- REND_ANUAL	,068	,049	1,374	,169	
Alimentação_Instrumental	<--- HORAS_TV_VIDEOJOG_SEMANA	,000	,000	-1,508	,132	
Encorajamento	<--- sexo2cat_1	-,105	,073	-1,432	,152	
Encorajamento	<--- HORAS_TV_VIDEOJOG_SEMANA	,000	,000	-1,448	,147	
Encorajamento	<--- REND_ANUAL	,027	,026	1,040	,298	
Alimentação_Instrumental	<--- IMC_1	-,005	,009	-,522	,601	
Encorajamento	<--- IMC_1	,001	,005	,112	,910	
Alimentação_Instrumental	<--- HAB_LITERÁRIAS_1	-,061	,029	-2,101	,036	
Encorajamento	<--- HAB_LITERÁRIAS_1	,025	,016	1,549	,121	
Alimentação_Instrumental	<--- sexo2cat_1	,426	,136	3,138	,002	
Alimentação_Instrumental	<--- IDADE_1	-,024	,006	-3,679	***	
Encorajamento	<--- IDADE_1	-,002	,003	-,622	,534	
Alimentação_Instrumental	<--- alcool2cat_1	,117	,082	1,438	,150	
Encorajamento	<--- alcool2cat_1	,069	,046	1,505	,132	
Encorajamento	<--- fumador2cat_1	-,043	,046	-,922	,356	
Alimentação_Instrumental	<--- fumador2cat_1	-,099	,088	-1,123	,261	
Alimentação_Emocional	<--- fumador2cat_1	-,286	,087	-3,265	,001	
Alimentação_Instrumental	<--- Probpsic2cat_1	-,315	,152	-2,067	,039	
Encorajamento	<--- Probpsic2cat_1	-,039	,078	-,497	,619	
Encorajamento	<--- doenca2cat_1	-,010	,061	-,164	,869	
Alimentação_Instrumental	<--- doenca2cat_1	-,042	,118	-,358	,720	
Alimentação_Emocional	<--- doenca2cat_1	,131	,117	1,120	,263	
Alimentação_Instrumental	<--- HORAS_TV_VIDEOJOG_FIM_SEMANA	,000	,000	1,020	,308	
Encorajamento	<--- HORAS_TV_VIDEOJOG_FIM_SEMANA	,000	,000	-,656	,512	
Alimentação_Emocional	<--- HORAS_TV_VIDEOJOG_FIM_SEMANA	,000	,000	,667	,505	
Controlo	<--- doenca2cat_1	-,067	,084	-,799	,424	
Controlo	<--- Probpsic2cat_1	-,110	,107	-1,028	,304	
Controlo	<--- alcool2cat_1	-,037	,057	-,646	,518	
Controlo	<--- IDADE_1	-,016	,005	-3,329	***	
Controlo	<--- fumador2cat_1	,063	,062	1,015	,310	
Controlo	<--- sexo2cat_1	-,003	,093	-,037	,971	
Controlo	<--- HAB_LITERÁRIAS_1	,052	,021	2,475	,013	
Controlo	<--- IMC_1	-,029	,007	-3,999	***	
Controlo	<--- REND_ANUAL	,006	,035	,180	,857	
Controlo	<--- HORAS_TV_VIDEOJOG_SEMANA	,000	,000	-,623	,533	
Controlo	<--- Ingestão_Emocional	-,036	,032	-1,130	,259	
Controlo	<--- Autoeficacia	,049	,032	1,557	,120	
Controlo	<--- HORAS_TV_VIDEOJOG_FIM_SEMANA	,000	,000	,099	,921	
Alimentação_Instrumental	<--- Ingestão_Emocional	,020	,045	,438	,661	
Alimentação_Instrumental	<--- Autoeficacia	-,167	,049	-3,389	***	
Alimentação_Instrumental	<--- Ingestão_Externa	,342	,100	3,426	***	
Controlo	<--- Ingestão_Externa	-,144	,067	-2,151	,031	
Encorajamento	<--- Ingestão_Externa	,078	,051	1,517	,129	
Encorajamento	<--- Ingestão_Emocional	-,003	,023	-,127	,899	
Encorajamento	<--- Autoeficacia	,084	,033	2,499	,012	
Alimentação_Emocional	<--- REND_ANUAL	,048	,048	,984	,325	
Alimentação_Emocional	<--- IMC_1	-,018	,009	-2,038	,042	
Alimentação_Emocional	<--- sexo2cat_1	,388	,131	2,961	,003	
Alimentação_Emocional	<--- HAB_LITERÁRIAS_1	-,082	,029	-2,889	,004	
Alimentação_Emocional	<--- Ingestão_Externa	,193	,091	2,116	,034	
Alimentação_Emocional	<--- Ingestão_Emocional	,130	,046	2,852	,004	
Alimentação_Emocional	<--- Autoeficacia	-,203	,050	-4,071	***	
Alimentação_Emocional	<--- alcool2cat_1	,027	,080	,338	,736	
Alimentação_Emocional	<--- IDADE_1	-,006	,006	-1,058	,290	
Alimentação_Emocional	<--- HORAS_TV_VIDEOJOG_SEMANA	,000	,000	-,636	,525	

Anexo E: Output da Tabela do Peso das Regressões *Standardizadas* do Modelo de Equações Estruturais

Standardized Regression Weights: (Group number 1 - Default model)

		Estimate
Alimentação_Emocional	<--- Probpsic2cat_1	-,139
Alimentação_Instrumental	<--- REND_ANUAL	,116
Alimentação_Instrumental	<--- HORAS_TV_VIDEOJOG_SEMANA	-,125
Encorajamento	<--- sexo2cat_1	-,110
Encorajamento	<--- HORAS_TV_VIDEOJOG_SEMANA	-,131
Encorajamento	<--- REND_ANUAL	,092
Alimentação_Instrumental	<--- IMC_1	-,038
Encorajamento	<--- IMC_1	,008
Alimentação_Instrumental	<--- HAB_LITERÁRIAS_1	-,169
Encorajamento	<--- HAB_LITERÁRIAS_1	,137
Alimentação_Instrumental	<--- sexo2cat_1	,226
Alimentação_Instrumental	<--- IDADE_1	-,260
Encorajamento	<--- IDADE_1	-,043
Alimentação_Instrumental	<--- alcool2cat_1	,102
Encorajamento	<--- alcool2cat_1	,118
Encorajamento	<--- fumador2cat_1	-,065
Alimentação_Instrumental	<--- fumador2cat_1	-,076
Alimentação_Emocional	<--- fumador2cat_1	-,197
Alimentação_Instrumental	<--- Probpsic2cat_1	-,138
Encorajamento	<--- Probpsic2cat_1	-,033
Encorajamento	<--- doença2cat_1	-,011
Alimentação_Instrumental	<--- doença2cat_1	-,024
Alimentação_Emocional	<--- doença2cat_1	,065
Alimentação_Instrumental	<--- HORAS_TV_VIDEOJOG_FIM_SEMANA	,085
Encorajamento	<--- HORAS_TV_VIDEOJOG_FIM_SEMANA	-,056
Alimentação_Emocional	<--- HORAS_TV_VIDEOJOG_FIM_SEMANA	,048
Controlo	<--- doença2cat_1	-,050
Controlo	<--- Probpsic2cat_1	-,065
Controlo	<--- alcool2cat_1	-,043
Controlo	<--- IDADE_1	-,232
Controlo	<--- fumador2cat_1	,065
Controlo	<--- sexo2cat_1	-,002
Controlo	<--- HAB_LITERÁRIAS_1	,194
Controlo	<--- IMC_1	-,313
Controlo	<--- REND_ANUAL	,014
Controlo	<--- HORAS_TV_VIDEOJOG_SEMANA	-,049
Controlo	<--- Ingestão_Emocional	-,072
Controlo	<--- Autoeficacia	,117
Controlo	<--- HORAS_TV_VIDEOJOG_FIM_SEMANA	,008
Alimentação_Instrumental	<--- Ingestão_Emocional	,029
Alimentação_Instrumental	<--- Autoeficacia	-,295
Alimentação_Instrumental	<--- Ingestão_Externa	,273
Controlo	<--- Ingestão_Externa	-,155
Encorajamento	<--- Ingestão_Externa	,123
Encorajamento	<--- Ingestão_Emocional	-,009
Encorajamento	<--- Autoeficacia	,290
Alimentação_Emocional	<--- REND_ANUAL	,073
Alimentação_Emocional	<--- IMC_1	-,131
Alimentação_Emocional	<--- sexo2cat_1	,184
Alimentação_Emocional	<--- HAB_LITERÁRIAS_1	-,203
Alimentação_Emocional	<--- Ingestão_Externa	,137
Alimentação_Emocional	<--- Ingestão_Emocional	,171
Alimentação_Emocional	<--- Autoeficacia	-,319
Alimentação_Emocional	<--- alcool2cat_1	,021
Alimentação_Emocional	<--- IDADE_1	-,063
Alimentação_Emocional	<--- HORAS_TV_VIDEOJOG_SEMANA	-,046