



Helena Arriscado **Autoeficácia e estratégias parentais para controlo de peso em crianças com excesso de peso**

UMinho | 2019

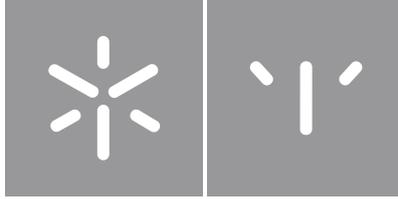


Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Helena Isabel Moreira Arriscado

Autoeficácia e estratégias parentais para controlo de peso em crianças com excesso de peso

junho de 2019



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Helena Isabel Moreira Arriscado

**Autoeficácia e estratégias parentais para
controlo de peso em crianças com
excesso de peso**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Psicologia Aplicada

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Sónia Ferreira Gonçalves

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações
CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Agradecimentos

O presente trabalho representa o parágrafo conclusivo de cinco anos que ficarão eternizados por muitas aprendizagens, muitos sorrisos, muitas lágrimas, mas acima de tudo, por pessoas muito especiais.

Primeiramente, pela incrível orientação que deu ao longo deste processo, pela assertividade, pela disponibilidade, mas acima de tudo, pela capacidade de me potenciar e motivar, um especial agradecimento à Professora Sónia Gonçalves.

Um grande agradecimento ao Professor Diretor Fausto, pelo carinho, dinâmica e simpatia que tornaram possível a recolha de dados.

Às amigadas que tive a sorte de construir nesta jornada, que foram pilares destes cinco anos. Aos Mesmos de Sempre – Adriana, Mabi, Magalhães, Fábio e Moreira – obrigada pela viagem incrível amigos! Sem vocês nada disto faria sentido. À Diana, Vânia e Teles por sempre terem acreditado e pelo apoio incansável.

Por último, porque o que é mais importante fica para o fim, um obrigado do tamanho do mundo à minha família. Aos meus avós, por me ensinarem que a vida é feita de gestos de amor. Aos meus tios e primos por me mimarem e por estarem sempre lá: um especial agradecimento a ti, tia Márcia, por teres sempre a mão e o coração para me dar. À minha irmã, que representa uma parte do que sou e que me ensinou muito. E finalmente aos meus pais, que sempre me permitiram sonhar e me deram todos os meios para construir asas e voar. Obrigado por me fazerem tão feliz e por me esbanjarem do que realmente interessa: amor. Tudo o que sou e que conquistei foi graças a vocês.

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupéry

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Helma Isabel Moreira Anselmo

Resumo

O excesso de peso é um problema que afeta crianças e adolescentes no mundo ocidental, contudo, pouco se sabe em relação às estratégias utilizadas pelos pais para ajudar as crianças a perder peso. O propósito deste estudo foi avaliar as estratégias levadas a cabo pelos pais e a perceção de sucesso e de autoeficácia destes relativamente à alimentação e à atividade física (AF) dos filhos. Participaram no estudo 664 pais de crianças entre os 6 e 12 anos ($M = 8.37$; $DP = 1.70$). Os participantes preencheram uma versão adaptada para pais do *NoHow Weight Management Survey* e o *Parental Self-Efficacy for Healthy Dietary and Physical Activity Behaviors Scale*. Sessenta e sete crianças (10.09%) foram identificadas pelos pais como apresentando problemas de peso. Porém, de acordo com o IMC avaliado, 212 (32.1%) apresentaram excesso de peso. As estratégias parentais utilizadas envolveram consumir mais frutas e vegetais, beber mais água e aumentar AF. Apenas 18.7% se sentiram bem-sucedidos em fazer os filhos perderem peso. Os resultados parecem indicar que seria benéfico para os pais apoio extra. Ajudar as crianças a perder peso pode ser uma tarefa complexa e a maioria dos pais sente que os seus esforços não são bem-sucedidos.

Palavras-chave: autoeficácia parental, crianças, estratégias parentais para perda de peso, excesso de peso, perceção de sucesso.

Abstract

Being overweight is a problem that affects children and adolescents in the western world, however, little is known about the strategies used by parents to help overweight children lose weight. The aim of this study was to assess parental strategies for their child weight loss and perceptions of success and self-efficacy. Cross-sectional study included 664 parents of children aged 6 to 12 years ($M = 8.37$; $SD = 1.701$). Participants completed two self-report measures – the Portuguese adapted version of *NoHow Weight Management Survey* and *Parental Self-Efficacy for Healthy Dietary and Physical Activity Behaviors in Preschoolers Scale*. Sixty-seven children (10.09%) were identified by parents as presenting weight problems. However, according to the BMI evaluated, 212 (32.1%) were overweight. The parental strategies used involved consuming more fruits and vegetables, drinking more water and increasing AF. Only 18.7% felt successful in making their children lose weight. Results seem to indicate that parents could benefit from extra support. Helping one's child to lose weight can be a complex task and most parents feel that their efforts are unsuccessful.

Keywords: children, overweight, parental weight loss strategies, parental self-efficacy, perception of success.

Índice

Autoeficácia e estratégias parentais para controlo de peso em crianças com excesso de peso.....	9
Metodologia.....	11
Participantes	12
Instrumentos.....	12
Procedimentos	13
Análise de Dados.....	14
Resultados	15
Classificação do estado nutricional das crianças e percepção parental	15
História familiar de excesso de peso e tentativas parentais para perda de peso da criança	16
Estratégias levadas a cabo pelos pais com vista ao controlo de peso nas crianças.....	17
Estratégias alimentares	19
Estratégias de atividade física.....	20
Estratégias percebidas como eficazes pelos pais para controlo de peso dos filhos	21
Situações determinantes para os pais terem decidido tentar fazer a criança perder peso	22
Fatores associados à percepção de sucesso parental na perda e manutenção de peso da criança.....	23
Diferenças de autoeficácia parental em função da classificação do estado nutricional da criança.....	24
Associações entre autoeficácia parental, varáveis sociodemográficas e antropométricas	24
Discussão.....	26
Referências.....	31
Anexos.....	35
Anexo A: Autorização da Direção Geral de Educação.....	35

Índice de tabelas

Tabela 1 - Classificação do IMC de acordo com os critérios da OMS: diferenças entre a classificação do estado nutricional da criança e percepção parental por percentil.....	16
Tabela 2 - Estratégias parentais para controlo de peso das crianças	18
Tabela 3 - Estratégias de controlo de peso - rotina alimentar.....	19
Tabela 4 - Alimentos limitados pelos pais	20
Tabela 5 - Estratégias para controlo de peso das crianças - atividade física	21
Tabela 6 - Situações determinantes para os pais decidirem tentar fazer com que a criança perdesse peso	22
Tabela 7 - Percepção de sucesso parental na perda e manutenção de peso da criança	23
Tabela 8 - Associações entre variáveis antropométricas, sociodemográficas e de de AP	26

Autoeficácia e estratégias parentais para controlo de peso em crianças com excesso de peso

O excesso de peso – que inclui pré-obesidade e obesidade – é caracterizado por um estado inflamatório crónico e pela acumulação excessiva de gordura corporal no tecido adiposo, manifestado pelo aumento do peso corporal (Albini, Paim, & Alves, 2019; Pereira-Lancha, Campos-Ferraz, & Lancha, 2012; Preis et al., 2010; World Health Organization, 2014). Devido ao rápido aumento de prevalência e às consequências associadas à saúde, a obesidade é considerada um dos mais sérios desafios de saúde do início do século XXI (Sacks et al., 2012).

O excesso de peso possui um elevado impacto na população infantil e adolescente uma vez que possibilita quer o comprometimento da saúde da criança, quer a sua escolaridade e qualidade de vida. O excesso de peso infantil está relacionado com uma dieta não saudável, definida pelo consumo excessivo de alimentos e ingestão de bebidas açucaradas com alto teor calórico, pela prática diminuída ou ausente de atividade física (AF) e pelo tempo gasto em atividades sedentárias (World Health Organization, 2016). Segundo o critério da Organização Mundial de Saúde (WHO Multicentre Growth Reference Study Group & de Onis, 2006), os valores limiares de IMC que definem a pré-obesidade e a obesidade são, respetivamente, o percentil 85 (P85) e o percentil 97 (P97).

De acordo com o *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI), nos últimos anos, Portugal tem vindo a mostrar uma tendência invertida nas prevalências de excesso de peso e obesidade infantil em crianças entre os seis e os oito anos. Os dados sugerem que, entre 2008 e 2016, ocorreram reduções estatísticas significativas nas classes de estado nutricional referentes ao excesso de peso e obesidade, verificando-se uma redução de 7.20% (37.90% para 30.70%) das crianças portuguesas a apresentar excesso de peso e uma diminuição também na prevalência da obesidade passando esta de e 15.30% para 11.70% (Rito, Sousa, Mendes, & Graça, 2017). No entanto, os valores de prevalência permanecem preocupantes, com todas as implicações em termos de saúde pública que daí advêm. Torna-se, desta forma, necessária a implementação de programas de prevenção e de monitorização, de forma a reduzir o número de crianças e adolescentes em risco (Viveiro, Brito, & Moleiro, 2016).

Durante os primeiros anos de vida, e dada a elevada dependência da criança das figuras parentais, os pais desempenham o papel de modelos principais de aprendizagem para a criança, seja pela forma como determinam aquilo que ingere, como e quando, seja pelo controlo significativo que exercem sobre o tipo de

AUTOEFICÁCIA E ESTRATÉGIAS PARENTAIS

experiências que permitem que tenha com a comida, bem como os alimentos que disponibilizam e que estão acessíveis, seja pela influência sobre as preferências alimentares e pela regulação da ingestão calórica (Hughes et al., 2005), seja ainda pela influência que exercem na prática de AF da criança através de interações, comportamentos e práticas parentais específicas (Trost & Loprinzi, 2011).

A forma como os pais interagem com os filhos e o tipo de estratégias que implementam em contexto alimentar têm sido alvo de vários estudos, dado o importante papel que podem ter no padrão alimentar das crianças. As estratégias parentais incluem ações como a monitorização dos alimentos e porções consumidas pela criança, a pressão ou encorajamento para ingerir determinados alimentos ou quantidades específicas de alimentos, a restrição do acesso e/ou da ingestão de alimentos específicos ou de porções específicas de comida, a utilização de reforços e recompensas para pacificar a criança e incentivar ao consumo de alimentos menos familiares ou preferidos, o apoio na tomada de decisões saudáveis sobre os alimentos e na regulação da ingestão, entre outras (Hughes et al., 2005).

Os pais também desempenham um papel fundamental na determinação dos níveis de AF das crianças (Sallis et al., 2000). Existem associações positivas entre o suporte parental e a AF através do fornecimento de apoio direto e tangível, por exemplo, fornecimento de transporte, inscrever as crianças em clubes desportivos, observá-las quando praticam AF, e de apoio intangível, por exemplo, encorajamento verbal e atitudes dos pais em relação à AF (Beets, Cardinal, & Alderman, 2010; Edwardson & Gorely, 2010). Para além disso, o envolvimento da família pode levar a uma maior eficácia das intervenções escolares (Vasques et al., 2014), sugerindo que a influência dos pais transcende o ambiente doméstico e pode ser importante onde quer que as intervenções sejam baseadas. No entanto, pouco se sabe sobre como as influências parentais operam (Adkins et al., 2004; Sallis et al., 1999).

No contexto da promoção de uma alimentação saudável na infância, a autoeficácia parental (AP) diz respeito ao nível em que os pais acreditam nas suas capacidades pessoais para influenciar o comportamento alimentar dos filhos e executar ações no sentido de uma dieta mais saudável (Bohman, Rasmussen, & Ghaderi, 2016; Maibach & Murphy, 1995).

A evolução da AP ocorre à medida que a criança vai crescendo. De acordo com Campbell, Hesketh, Silverii e Abbott (2010), existe a possibilidade dos pais se sentirem gradualmente menos confiantes das suas capacidades de limitar o consumo de certos tipos de alimentos, tais como doces e refrigerantes, na dieta da

AUTOEFICÁCIA E ESTRATÉGIAS PARENTAIS

criança ao longo dos primeiros anos de vida. Outra conclusão importante remete para as diferenças de práticas educativas de outros significativos, da instituição escolar, da falta de tempo proporcionada pela parte profissional, entre outros, que são dificuldades apontadas pelos pais na promoção de uma alimentação mais saudável nos seus filhos (Dwyer, Needham, Simpson, & Heeney, 2008). Alguns estudos demonstram níveis elevados de associação entre AP e hábitos alimentares saudáveis da criança. A AP mostrou-se positivamente associada com a ingestão de fruta, vegetais e água e negativamente associada ao consumo de refrigerantes, snacks calóricos e bolos (Campbell et al., 2010). Para além disso, índices elevados de AP estão associados ao uso menos frequente de estratégias restritivas e pressão para comer (Ek et al., 2016).

A informação sobre a AP para influenciar a prática AF de crianças ou adolescentes é escassa. Num estudo de Smith e colaboradores (2010), os níveis de AP para influenciar a prática de AF dos filhos diferiu significativamente pela faixa etária da criança e pelos rendimentos familiares. Tendencialmente, pais de crianças mais velhas relataram níveis mais baixos de autoeficácia para influenciar a AF da criança em comparação com os pais de crianças mais novas (Bowen et al., 2010; Smith et al., 2010). Pais com rendimentos familiares mais baixos relataram com maior frequência menor autoeficácia, sendo que a baixa autoeficácia devido aos gastos económicos subjacentes à prática de AF da criança foi duas vezes mais prevalente entre as famílias de com rendimentos baixos, em comparação aquelas com maiores rendimentos (Smith et al., 2010).

Pouco se sabe, em Portugal, sobre o que os pais fazem no sentido de promover comportamentos saudáveis em crianças com excesso de peso. O presente estudo apresenta um carácter inovador na medida em que teve como objetivos avaliar as estratégias parentais para controlo/perda de peso em crianças com excesso de peso e a sua perceção de sucesso. Pretende-se também, com este estudo, avaliar as diferenças de AP entre pais de crianças com baixo peso/peso normal, pré-obesidade e obesidade e as associações entre AP e variáveis sociodemográficas e antropométricas. A partir de tudo isto, será possível identificar pistas sobre a realidade portuguesa no que diz respeito às estratégias parentais, perceção de sucesso e AP para perda/controlo de peso dos filhos que irão, possivelmente, servir para fundamentar intervenções posteriores na área.

Metodologia

O presente estudo segue uma metodologia quantitativa, com desenho de investigação transversal, descritivo e analítico.

Participantes

A amostra foi recolhida nas escolas públicas pertencentes ao agrupamento escolar D. António Ferreira Gomes (Penafiel) e foi constituída por pais de crianças que frequentavam o primeiro e o segundo ciclo escolar. Os critérios de inclusão utilizados neste estudo foram a idade dos filhos dos participantes, compreendida entre os 6 e 12 anos. Durante o processo de recolha foram entregues 1253 questionários, no entanto apenas foram devolvidos 689, dos quais 31 eram inválidos, pelo que foram considerados apenas 664 questionários (taxa de resposta de 52.99%).

Para o presente estudo foram avaliados 664 pais de crianças do 1º e 2º ciclo, sendo 578 do sexo feminino (87.00%) e 86 do sexo masculino (13.00%). A idade variou entre os 23 e 61, sendo a média de 38.89 ($DP = 5.60$). Uma percentagem significativa dos pais possuía nacionalidade portuguesa ($n = 648$; 97.90%), 1.50% ($n = 10$) nacionalidade brasileira, 0.30% ($n = 2$) espanhola e 0.30% ($n = 2$) cabo-verdiana. No que concerne ao nível de escolaridade, 29.90% ($n = 196$) dos pais possuíam formação universitária, 25.90% ($n = 170$) nível secundário geral, 13.40% ($n = 88$) o 3º ciclo, 10.80% ($n = 71$) 2º ciclo, 10.70% ($n = 70$) nível secundário profissional e 9.30% ($n = 61$) dos pais 1º ciclo de escolaridade. Em relação à situação de emprego, 68.40% ($n = 448$) eram trabalhadores por conta de outrem, 12.80% ($n = 84$) trabalhadores por conta própria, 11.60% ($n = 76$) estavam desempregados, 4,90% ($n = 32$) eram domésticos, 0.75% ($n = 5$) eram estudantes, 0.75% ($n = 5$) estavam de baixa, 0.50% ($n = 3$) trabalhavam por conta própria e de outrem e 0.30% ($n = 2$) eram reformados.

As crianças possuíam idades compreendidas entre os 6 e 12 anos ($M = 8,37$; $DP = 1,70$), sendo 361 (54.40%) do sexo feminino e 303 (45.60%) do sexo masculino.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico. Este questionário foi construído para efeito do presente estudo. O questionário é composto por questões demográficas (por exemplo, sexo, idade) e antropométricas (por exemplo, peso atual, altura atual).

Adaptação para idade escolar do questionário *PDAP- Parental Self- Efficacy for Healthy Dietary and Physical Activity Behaviors in Preschoolers Scale* (Bohman et al., 2016, versão portuguesa de Gonçalves & Arriscado, 2019). Este instrumento avalia a perceção de AP no contexto alimentar e de AF de crianças dos 6 aos 12 anos. É constituído por 21 itens e estes são distribuídos em quatro subescalas: AP para promoção de

AUTOEFICÁCIA E ESTRATÉGIAS PARENTAIS

comportamentos alimentares saudáveis nas crianças (itens 1 a 5); AP para impedir comportamentos alimentares não saudáveis nas crianças (itens 6 a 9); AP para promover comportamentos saudáveis de AF (itens 10 a 14 e 20 a 21); AP para impedir comportamentos sedentários (itens 15 a 21). Todos os itens são pontuados numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos (1- discordo totalmente; 5- concordo totalmente). Nas 4 subescalas, quanto maior a pontuação, maior o nível de autoeficácia. A pontuação total de cada subescala de autoeficácia é calculada pela soma da pontuação dos seus itens. No presente estudo, a consistência interna das subescalas, neste estudo, variou entre .83 e .88.

Adaptação do *NoHow Weight Management Survey* para pais de crianças com excesso de peso (NoHow, 2016; Gonçalves, Trovisqueira, & Arriscado). O *NoHow Weight Management Survey* é um questionário originalmente direcionado para adultos e está incluído num projeto científico financiado pela União Europeia, cujo principal objetivo é compreender como é que as pessoas mudam o seu comportamento com vista a manter o peso perdido e está a ser testado atualmente em Portugal, na Dinamarca e no Reino Unido. A adaptação teve como objetivo adequar as questões de forma a que os pais possam responder em relação às estratégias e comportamentos para controlo de peso das crianças com excesso de peso. Trata-se, portanto, de um instrumento de autorrelato parental que avalia as estratégias utilizadas pelos pais para ajudar as crianças com excesso de peso a perder/controlar o peso e a sua perceção de sucesso. É composto por 32 itens e inclui três partes distintas: a primeira parte, itens 1 a 9, é preenchida por todos os pais, a segunda parte, itens 10 a 15 e 30 a 32, é preenchida pelos pais que percecionam os filhos com problemas de peso e a terceira parte, itens 16 a 29, é preenchida pelos pais que percecionam os filhos com problemas de peso e que já tinham realizado tentativas prévias de perda de peso.

Procedimentos

Primeiramente, foram pedidas as devidas autorizações à Direção Geral de Educação e à Comissão de Ética da Universidade do Minho. Posteriormente, foi contactado o diretor do Agrupamento Escolar em questão e realizada uma reunião de forma a fornecer informação sobre o estudo de modo a obter autorização para iniciar as recolhas e organizar todo o processo. Após isto, os questionários e o consentimento informado – com caráter informativo sobre o processo de recolha de forma a obter as autorizações necessárias dos pais – foram entregues ao professor/diretor de cada turma e recolhidos pelos mesmos uma semana após a entrega, de forma a fornecer o tempo necessário para os professores entregarem aos alunos e, por sua vez, os alunos levarem para casa para preenchimento dos pais/encarregados de educação. Passada essa

AUTOEFICÁCIA E ESTRATÉGIAS PARENTAIS

semana, o investigador procedeu à recolha dos questionários e realizou as pesagens e medições – aos alunos autorizados – no momento da recolha do questionário, assinalando esses dados no questionário anteriormente respondido pelos encarregados de educação. O peso foi obtido através de uma balança digital profissional (seca®). A estatura foi determinada com uma régua de parede, através do posicionamento da criança com a nuca e regiões gemelares apoiadas na parede, pés completamente apoiados no chão e braços estendidos ao longo do corpo. Foi efetuada a subtração de 1 quilograma para aproximação ao peso real uma vez que as crianças foram pesadas com a roupa e calçado. As pesagens e medições foram realizadas exclusivamente na presença da investigadora e ocorreram, em contexto escolar, numa sala previamente reservada, de modo a garantir as questões de confidencialidade.

Análise de Dados

O IMC foi o indicador antropométrico escolhido para a avaliação da prevalência de pré-obesidade e obesidade infantil. Para a classificação do estado nutricional foram considerados os percentis ou *z-score's* do IMC para a idade de acordo com os critérios e pontos de corte definidos pela OMS (WHO Multicentre Growth Reference Study Group & de Onis, 2006). Para o cálculo do IMC da criança foi utilizado o *Body Mass Index and Z-score Calculator for Children* de forma a calcular o percentil das crianças. Nas análises estatísticas foi utilizado o *Software Statistical Package for Social Sciences* (IBM® SPSS®) versão 25.0. A análise descritiva de dados incidiu na média (*M*), desvio-padrão (*DP*), frequências (*n*) e percentagens (%) para as variáveis sociodemográficas, antropométricas, de comportamento alimentar e de atividade física. Foi realizada uma análise exploratória de dados que revelou não estarem cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização dos testes paramétricos. Recorreu-se, então, aos testes estatísticos não paramétricos, nomeadamente ao teste de Kruskal-Wallis para analisar diferenças de AP entre três grupos de pais de crianças (pais de crianças com baixo peso/peso normal, pré-obesidade e obesidade) e o coeficiente de correlação de Spearman para estudar as associações entre as variáveis de AP, sociodemográficas e antropométricas. As análises descritivas de estratégias de comportamento alimentar e AF e perceção de sucesso incluíram apenas os pais que percecionaram problemas de peso nos seus filhos.

Resultados

Classificação do estado nutricional das crianças e percepção parental

O IMC das crianças variou entre 11.30 e 30.90, com uma média de 17.73 ($DP= 3.17$). O percentil apresentou valores entre <1% e >99% e uma média de 61.44 ($DP= 29.72$). Em relação ao *z-score*, os valores situaram-se entre os -4.91 e os 2.65, com uma média de .39 ($DP= 1.11$).

De acordo com o percentil, aproximadamente um terço das crianças apresentaram excesso de peso ($n = 213$; 32.10%), que representa a soma das categorias de pré-obesidade ($n = 148$; 22.30%) e obesidade ($n = 65$; 9.80%).

Foi também pedido aos pais que indicassem o peso e a altura das crianças, de forma a comparar a percepção dos mesmos com a realidade. Embora as percentagens de excesso de peso calculadas a partir da percepção parental de peso e altura das crianças se aproximem dos valores reais (cf. Tabela 1), apenas 67 pais (10.09%) reconheceram o seu filho como apresentando, naquele momento, ou já tendo apresentado antes, excesso de peso.

Tabela 1

Classificação do IMC de acordo com os critérios da OMS: diferenças entre a classificação do estado nutricional da criança e percepção parental por percentil

	Baixo Peso/Peso Normal <i>n</i> (%)	Pré- obesidade <i>n</i> (%)	Obesidade <i>n</i> (%)	Excesso de Peso <i>n</i> (%)
Valores de IMC calculados a partir de pesagens e medições das crianças registadas pela investigadora (<i>n</i> = 664)	451 (67.90)	148 (22.30)	65 (9.80)	213 (32.10)
Valores de IMC calculados a partir da percepção parental de peso e altura das crianças (<i>n</i> = 573)	401 (70.00)	129 (22.50)	43 (7.50)	172 (30.00)

Nota. Baixo Peso/Peso Normal = IMC < P85; Pré-obesidade = P85 ≤ IMC < P97; Obesidade = IMC ≥ P97; Excesso de Peso = pré-obesidade + obesidade.

História familiar de excesso de peso e tentativas parentais para perda de peso da criança

Dos pais que referiram que os filhos apresentavam problemas de peso, cerca de 80% (*n* = 52) relataram problemas de peso noutros membros da família, destacando-se a referência a problemas de peso na mãe (*n* = 27; 51.80%) e no pai (*n* = 22; 42.10%). Uma percentagem significativa (88.20%; *n* = 59) relatou vontade em fazer o filho perder peso. Cerca de 85% (*n* = 57) referiram estar a tentar, naquele momento, fazer o filho perder peso e destes últimos, 63.20% (*n* = 36) indicaram que não recorreram a ajuda profissional para esse fim. Metade dos pais (*n* = 33) relataram sentir não ter controlo sobre o tipo e a quantidade de alimentos que as crianças ingeriam.

No que diz respeito ao número de tentativas de perda de peso passadas, 67.20% ($n = 45$) referiram já ter tentado no passado, pelo menos uma vez, que o filho perdesse peso e 34.30% ($n = 23$) referiram estar sempre a tentar que o filho perdesse peso. No entanto, cerca de 33% ($n = 22$) dos pais relataram nunca ter tentado fazer o filho perder peso até à data. A média de idades das crianças referente à primeira tentativa parental de perda de peso foi 6.70 ($DP = 2.10$). De todos os pais que realizaram tentativas de perda de peso passadas nas crianças, quase metade das mesmas ($n = 22$; 48.90%) recuperaram peso perdido na tentativa anterior. Destes, cerca de 82% ($n = 18$) não associaram a recuperação a uma razão emocional.

Estratégias levadas a cabo pelos pais com vista ao controlo de peso nas crianças

Como estratégias utilizadas pelos pais para perda de peso das crianças referentes à tentativa passada de perda de peso ($n = 45$), 22.20% ($n = 10$) limitaram certos tipos de alimentos às crianças, 15.50% ($n = 7$) reduziram o consumo de refrigerantes, 13.60% ($n = 6$) fizeram com que bebessem mais água e consumissem mais fruta e vegetais, passassem a consumir produtos de dieta ou *light* ($n = 4$; 8.80%), contabilizaram as calorias ($n = 3$; 6.60%) e 4.40% ($n = 2$) fizeram o filho frequentar um programa de peso e seguir uma dieta específica.

No que diz respeito às estratégias parentais para perda de peso das crianças referentes à tentativa atual de perda de peso, 37.80% ($n = 17$) limitaram certos tipos de alimentos às crianças, 33.30% ($n = 15$) reduziram o consumo de refrigerantes, 31.80% ($n = 14$) fizeram com que bebessem mais água, consumissem mais fruta e vegetais ($n = 13$; 28.80%), passassem a consumir produtos de dieta ou *light* ($n = 10$; 22.20%), contabilizaram as calorias ($n = 4$; 8.90%) e 4.40% ($n = 2$) fizeram o filho frequentar um programa de peso e seguir uma dieta específica.

Mesmo quando não estavam a tentar que o filho perdesse peso, 55.50% ($n = 25$) dos pais utilizaram como estratégias fazer os filhos consumirem mais fruta e vegetais, 50.00% ($n = 24$) beberem mais água, 37.80% ($n = 17$) limitar certos tipos de alimentos às crianças, 35.50% ($n = 16$) reduzir o consumo de refrigerantes, fazer os filhos consumirem produtos de dieta ou *light* ($n = 11$; 24.40%), contabilizar as calorias ($n = 4$; 8.90%), 4.40% ($n = 2$) fazer o filho frequentar um programa de peso e 2.20% ($n = 1$) seguir uma dieta específica. Uma percentagem significativa dos pais ($n = 41$; 91.10%) nunca utilizou como estratégia para perda de peso do filho seguir uma dieta específica e/ou frequentar um programa de perda de peso e cerca de 80% ($n = 35$) nunca contabilizaram as calorias das refeições (cf. Tabela 2). Nenhum dos pais referiu ter recorrido alguma vez a medicamentos para controlo de peso do seu filho.

AUTOEFICÁCIA E ESTRATÉGIAS PARENTAIS

Tabela 2

Estratégias parentais para controlo de peso das crianças

	Usaram na	Usaram na	Usaram	Nunca
	tentativa anterior	tentativa atual	diariamente	usaram
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Limitar certos tipos de alimentos	10 (22.20)	17 (37.80)	17 (37.80)	8 (17.80)
Contabilizar as calorias	3 (6.60)	4 (8.90)	5 (11.10)	35 (77.80)
Consumir mais fruta e vegetais	6 (13.30)	13 (28.80)	25 (55.50)	7 (15.60)
Beber mais água	6 (13.60)	14 (31.80)	24 (50.00)	9 (20.50)
Seguir uma dieta específica	2 (4.40)	2 (4.40)	1 (2.20)	41 (91.10)
Frequentar um programa de perda de peso	2 (4.40)	2 (4.40)	2 (4.40)	41 (91.10)
Reduzir o consumo de refrigerantes	7 (15.50)	15 (33.30)	16 (35.50)	13 (28.90)
Passar a consumir produtos de dieta ou <i>light</i>	4 (8.80)	10 (22.20)	11 (24.40)	23 (51.10)

Em tentativas passadas, 27.30% ($n = 12$) dos pais fizeram o filho comer menos vezes fora de casa.

No que diz respeito à tentativa atual, 46.50% ($n = 20$) limitaram o tamanho das porções, 40.00% ($n = 18$) cozinharam a maioria das refeições de raiz e fizeram com que o filho petiscasse menos entre as refeições.

Relativamente às estratégias utilizadas diariamente, 51.10% ($n = 23$) dos pais cozinharam a maioria das refeições de raiz, 45.40% ($n = 20$) fizeram com que o filho comesse menos vezes fora e 42.20% ($n = 19$) fizeram refeições mais pequenas, mas mais frequentes.

Cerca de 53% ($n = 24$) dos pais nunca utilizaram como estratégia fazer o filho comer só até uma certa hora do dia (Tabela 3).

Tabela 3

Estratégias parentais para controlo de peso - rotina alimentar

	Usaram na	Usaram para a	Usaram	Nunca
	tentativa anterior	tentativa atual	diariamente	usaram
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Comer menos vezes fora	12 (27.30)	16 (36.30)	20 (45.40)	9 (20.50)
Cozinhar a maioria das refeições de raiz	8 (17.70)	18 (40.00)	23 (51.10)	7 (15.60)
Petiscar menos entre as refeições	5 (11.10)	18 (40.00)	15 (33.30)	11 (24.40)
Fazer refeições mais pequenas mas mais frequentes	4 (8.90)	17 (37.80)	19 (42.20)	12 (26.70)
Só comer até uma certa hora do dia	4 (8.80)	13 (28.80)	9 (19.90)	24 (53.30)
Limitar o tamanho das porções	7(16.30)	20 (46.50)	18 (41.80)	9 (20.90)

Estratégias alimentares

Na tentativa anterior de perda de peso das crianças, os pais limitaram predominantemente snacks ($n = 13$; 27.30%), molhos ($n = 10$; 22.20%), açúcares e bebidas açucaradas/energéticas ($n = 9$; 20.0%).

No que diz respeito à tentativa atual de perda de peso, 40.00% ($n = 18$) dos pais limitaram alimentos fritos, 37.80% ($n = 17$) bebidas açucaradas/energéticas, 35.50% ($n = 16$) snacks, 33.30% ($n = 15$) gorduras/óleos, 31.10% ($n = 14$) molhos, 24.40% ($n = 11$) hidratos de carbono e 22.20% ($n = 10$) produtos lácteos.

Mesmo quando não estavam a tentar que o filho perdesse peso, 55.50% ($n = 25$) dos pais limitaram diariamente molhos, 46.70 % ($n = 21$) snacks e bebidas açucaradas 44.50% ($n = 20$) alimentos fritos, 41.10% ($n = 23$) açúcares, 39.90% ($n = 18$) gorduras/óleos/manteigas/margarina, 37.80% ($n = 17$) bebidas

AUTOEFICÁCIA E ESTRATÉGIAS PARENTAIS

açucaradas/energéticas, 36.40% ($n = 16$) snacks, 35.50% ($n = 16$) produtos lácteos e 31.10% ($n = 14$) hidratos de carbono.

Cerca de 40% ($n = 18$) dos pais relataram nunca ter limitado à criança produtos lácteos e 37.8% ($n = 17$) hidratos de carbono (Tabela 4).

Tabela 4

Alimentos limitados pelos pais

	Limitaram na tentativa anterior	Limitaram para tentativa atual	Limitaram diariamente	Nunca limitaram
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Açúcares	9 (20.00)	17 (37.80)	23 (41.10)	6 (13.30)
Gorduras/óleo/manteiga/margarina	6 (13.30)	15 (33.30)	18 (39.90)	11(24.40)
Hidratos de carbono	5 (11.10)	11 (24.40)	14 (31.10)	17(37.80)
Snacks	13 (27.30)	16 (35.50)	21 (46.70)	3 (6.60)
Alimentos fritos	8 (17.80)	18 (40.00)	20 (44.50)	6 (13.30)
Produtos lácteos	3 (6.60)	10 (22.20)	16 (35.50)	18(40.00)
Molhos	10 (22.20)	14 (31.10)	25 (55.50)	5 (11.10)
Bebidas açucaradas/energéticas	9 (20.00)	17 (37.80)	21 (46.70)	5 (11.10)

Estratégias de atividade física

Em relação às estratégias de AF referentes à tentativa de perda de peso passada ($n = 45$), apenas 11.00% ($n = 5$) aumentaram ou introduziram a AF na vida dos filhos.

No que concerne à tentativa de perda de peso atual, 47.70% ($n = 21$) dos pais tornaram o filho mais ativo diariamente e 42.20% ($n = 19$) aumentaram ou introduziram a AF na vida do filho.

Cerca de 47% ($n = 21$) dos pais utilizaram diariamente como estratégia reduzir a quantidade de tempo sedentário e/ou aumentar ou introduzir a AF na vida do filho. Uma percentagem significativa ($n = 24$;

AUTOEFICÁCIA E ESTRATÉGIAS PARENTAIS

53.30%) dos pais nunca utilizaram como estratégia inscrever o filho no ginásio e/ou fazê-lo frequentar aulas de grupo (Tabela 5).

Tabela 5

Estratégias para controlo de peso das crianças - atividade física

	Usaram na tentativa anterior	Usaram na tentativa atual	Usaram diariamente	Nunca Usaram
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Tornar o filho mais ativo diariamente	4 (9.10)	21 (47.70)	14 (31.80)	11 (25.00)
Aumentar ou introduzir AF na vida do filho	5 (11.00)	19 (42.20)	21 (46.60)	6 (13.30)
Inscrever o filho no ginásio e/ou fazê-lo frequentar aulas de grupo	4 (8.80)	8 (17.70)	13 (28.80)	24 (53.30)
Reduzir a quantidade de tempo sedentário	2 (4.40)	11 (24.40)	21 (46.60)	12 (26.70)

Estratégias percebidas como eficazes pelos pais para controlo de peso dos filhos

No que diz respeito às estratégias para controlo de peso da criança percebidas pelos pais como eficazes, 96.80% ($n = 61$) dos pais percecionaram eficaz comer mais fruta e vegetais e beber mais água, 90.60% ($n = 58$) ser fisicamente mais ativo, 79.70% ($n = 51$) fazer refeições mais pequenas mas comer mais frequentemente, 70.30% ($n = 45$) cozinhar mais refeições de raiz, 60.90% ($n = 39$) petiscar menos, 48.50% ($n = 31$) reduzir a frequência de refeições fora de casa, 46.10% ($n = 29$) aderir e frequentar um ginásio e 46.00% ($n = 29$) frequentar o programa de peso promovido pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS). Por outro lado, uma elevada percentagem dos pais considera pouco ou nada eficaz o filho ter dias de jejum ($n = 62$; 98.40%), saltar refeições ($n = 59$; 93.70%), realizar dietas *detox* ($n = 58$; 92.10%), tomar medicamentos para perda de peso ($n = 56$; 90.30%), realizar acupuntura ($n = 55$; 88.70%), frequentar um programa pago

AUTOEFICÁCIA E ESTRATÉGIAS PARENTAIS

de perda de peso ($n = 51$; 81.00%), seguir uma dieta extremamente hipocalórica ($n = 47$; 75.80%) e contabilizar as calorias nas refeições ($n = 32$; 51.60%).

Cerca de 89% ($n = 58$) dos pais não consideraram ser apenas necessário alterar os hábitos alimentares do filho quando está a tentar que o mesmo perca peso, 87.70% ($n = 57$) dos pais consideraram que tornar o filho fisicamente ativo é tão importante para a perda de peso como alterar os hábitos alimentares, 81.50% ($n = 53$) dos pais consideraram que se o seu filho perder peso mais rapidamente existe uma maior probabilidade de aumentar novamente de peso do que se perder mais devagar. No entanto, 32.80% ($n = 21$) dos pais não consideraram que se o seu filho perder peso com uma dieta hipocalórica existe uma maior probabilidade de aumentar novamente de peso, do que se perder peso a comer de uma forma saudável e realizar AF.

Situações determinantes para os pais terem decidido tentar fazer a criança perder peso

De acordo com a Tabela 6, entre as situações determinantes para os pais terem decidido tentar fazer o filho perder peso, uma percentagem significativa ($n = 32$; 70.80%) dos pais referiu o aconselhamento médico como fator determinante para perda de peso das crianças.

Tabela 6

Situações determinantes para os pais decidirem tentar fazer com que a criança perdesse peso

	(<i>n</i>)	(%)
Aconselhamento por parte de um médico	32	70.80
Aparência	12	26.60
Aconselhamento por parte de um(a) enfermeiro(a)	9	19.80
Emocional	7	15.40
Outro motivo – questão de saúde	7	15.40
Limitação física	6	13.20
Filho atingiu peso mais elevado de sempre	6	13.20
Situação clínica	3	6.60
Nada em específico	2	4.40
Evento social	1	2.20

Fatores associados à percepção de sucesso parental na perda e manutenção de peso da criança

Em relação aos fatores associados à percepção de sucesso parental na tentativa de perda de peso passada da criança, 54.60% ($n = 16$) dos pais referiram o filho sentir-se mais feliz com a sua aparência, 37.50% ($n = 11$) o filho sentir-se mais confortável em situações sociais, 34.00% ($n = 10$) outras pessoas terem reparado e/ou comentado a perda de peso da criança, 27.20% ($n = 8$) o filho sentir-se fisicamente melhor e/ou com mais energia, 23.90% ($n = 7$) ter perdido mais de 5% do seu peso original e ter atingido o peso pretendido, 17.00% ($n = 5$) referiram o filho manter o peso perdido, 13.60% ($n = 4$) dos pais referiram o IMC do filho estar no intervalo saudável, o risco do filho desenvolver algumas doenças ter diminuído e o bem estar psicológico do filho ter melhorado, 10.20% ($n = 3$) referiram o filho ter atingido a meta de perda de peso. Apenas 6.80% ($n = 2$) dos pais referiram como fator o filho sentir-se mais confortável com a roupa que vestia/comprava e 3.40% ($n = 1$) referiram o filho conseguir fazer coisas que não conseguiria com um peso mais elevado, por exemplo, correr e brincar.

Embora apenas uma percentagem reduzida dos pais se tenha sentido bem sucedida em fazer os filhos perderem peso ($n = 8$; 18.70%) e manterem o peso perdido ($n = 8$; 20.00%) (cf. Tabela 7), 67.40% ($n = 43$) relataram sentir-se motivados para fazer algo aquando do aumento de peso do filho. Adicionalmente, cerca de 25% ($n = 16$) dos pais consideraram um fardo ajudar os filhos a perder peso, embora tenham reconhecido como algo necessário.

Tabela 7

Percepção de sucesso parental na perda e manutenção de peso da criança

	Nada bem-sucedido	Pouco bem-sucedido	Neutro	Bem-sucedido	Extremamente bem-sucedido
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Percepção de sucesso parental em fazer a criança perder peso	6 (14.00)	9 (20.90)	20 (46.50)	6 (14.00)	2 (4.7)
Percepção de sucesso parental em manter o peso perdido da criança	10 (25.00)	8 (20.00)	15 (35.00)	6 (15.00)	2 (5.0)

Diferenças de autoeficácia parental em função da classificação do estado nutricional da criança

Não existem diferenças significativas ao nível AP para promover comportamentos alimentares saudáveis entre crianças com baixo peso/peso normal, pré-obesidade e obesidade, $\chi^2(2) = .28, p = .87$, ao nível da AP que impede comportamentos alimentares não saudáveis entre crianças com baixo peso/peso normal, pré-obesidade e obesidade, $\chi^2(2) = 0.52, p = .77$, ao nível da AP na promoção de comportamentos de AF saudáveis entre crianças com baixo peso/peso normal, pré-obesidade e obesidade, $\chi^2(2) = 4.31, p = .12$ e ao nível da AP para impedir comportamentos sedentários entre crianças com baixo peso/peso normal, pré-obesidade e obesidade $\chi^2(2) = 5.16, p = .08$.

Associações entre autoeficácia parental, variáveis sociodemográficas e antropométricas

Verificou-se uma correlação negativa significativa de baixa magnitude entre a idade dos pais e o percentil da criança calculado a partir dos valores de peso e altura relatados pelos pais (percentil percecionado) $r_s = -.10, p = .015$. Assim, quanto mais velhos forem os pais mais baixos são os valores de percentil percecionado. Verificou-se uma correlação positiva significativa de baixa magnitude entre a idade dos pais e a AP para impedir comportamentos alimentares não saudáveis $r_s = .08, p = .045$. Assim, uma idade mais elevada dos pais está associada a maior AP para impedir comportamentos alimentares não saudáveis. Para além disto, existiu também uma correlação positiva significativa de baixa magnitude entre a idade dos pais e AP para impedir comportamentos sedentários, $r_s = .08, p = .036$. Desta forma, quanto mais velhos forem os pais maior é a AP para impedir comportamentos sedentários. O percentil da criança calculado através das pesagens e medições feitas pela investigadora (percentil real) demonstrou estar significativamente e positivamente correlacionado com sua idade, $r_s = .09, p = .015$. Desta forma, valores mais elevados de percentil real estão associados a crianças mais velhas. Para além disto, verificou-se uma correlação positiva significativa de elevada magnitude entre o percentil real e o percentil percecionado, $r_s = .52, p < .001$. Assim, valores mais elevados de percentil real estão associados a valores mais elevados de percentil percecionado. O percentil real demonstrou estar significativamente e negativamente correlacionado (baixa magnitude) com a AP para promoção de comportamentos de AF saudáveis, $r_s = -.09, p = .025$. Desta forma, valores mais elevados de percentil real estão associados a menor AP para promoção de comportamentos de AF saudáveis. Foi verificada uma correlação negativa significativa de moderada magnitude entre o percentil percecionado pelos pais e a percepção de AP para promover comportamentos de AF saudáveis, $r_s = -.11, p = .005$. Assim, valores mais elevados de percentil da criança percebidos pelos pais

AUTOEFICÁCIA E ESTRATÉGIAS PARENTAIS

estão associados a uma menor percepção de AP para promover comportamentos de AF saudáveis. Também o percentil percebido se encontra negativamente correlacionado com a percepção de AP para impedir comportamentos sedentários, $r_s = -.12$, $p = .004$. Assim, valores mais elevados de percentil percebido estão associados a uma menor percepção de AP para impedir comportamentos sedentários. Verificou-se também uma correlação positiva de elevada magnitude entre AP para promover comportamentos alimentares saudáveis e AP para impedir comportamentos alimentares não saudáveis, $r_s = .40$, $p < .001$, entre AP para promover comportamentos alimentares saudáveis e AP para promover comportamentos de AF saudáveis $r_s = .54$, $p < .001$, entre AP para promover comportamentos alimentares saudáveis e AP para impedir comportamentos sedentários, $r_s = .33$, $p < .001$, entre AP para impedir comportamentos alimentares não saudáveis e AP para promover comportamentos de AF saudáveis $r_s = .44$, $p < .001$, entre AP para impedir comportamentos alimentares não saudáveis e AP para impedir comportamentos sedentários, $r_s = .69$, $p < .001$ e entre AP para promover comportamentos de AF saudáveis e AP para impedir comportamentos sedentários, $r_s = .51$, $p < .001$. Assim, uma maior AP para promover comportamentos alimentares saudáveis está associada a uma maior AP para impedir comportamentos alimentares não saudáveis, a uma maior AP para promover comportamentos de AF saudáveis e a uma maior AP para impedir comportamentos sedentários; uma maior AP para impedir comportamentos alimentares não saudáveis está associada a uma maior AP para promover comportamentos de AF saudáveis e a uma maior AP para impedir comportamentos sedentários; uma maior AP para promover comportamentos de AF saudáveis está associada a uma maior AP para impedir comportamentos sedentários (Tabela 8).

Tabela 8

Associações entre variáveis antropométricas, sociodemográficas e de AP

	AP para promover		AP para impedir		Idade	Percentil	7. P	8. R
	comportamentos		comportamentos não					
	1. AL	2. AF	3. AL	4. S				
	saudáveis		saudáveis		5. PAIS	6. CRI		
1	-	.54**	.40**	.33**	.05	.01	-.05	-.02
2		-	.44**	.51**	.03	-.02	-.11**	-.09*
3			-	.69**	.08*	.04	-.08	.02
4				-	.08*	.03	-.12**	-.01
5					-	.23**	-.10*	-.05
6						-	.02	.09*
7							-	.52**
8								-

Nota. AP = autoeficácia parental; AL = alimentar; AF = atividade física; S = sedentário; PAIS = pais; CRI = criança; P = percecionado; R = real

* $p < .05$; ** $p < .01$;

Discussão

O presente estudo teve como objetivos avaliar as estratégias e a perceção de sucesso parentais no controlo/perda de peso de crianças percebidas pelos pais com excesso de peso, as diferenças de AP entre pais de crianças com baixo peso/peso normal, pré-obesidade e obesidade e as associações entre AP e variáveis sociodemográficas e antropométricas.

Os resultados mostraram que aproximadamente um terço das crianças que participaram no estudo apresentavam excesso de peso. No entanto, apenas uma pequena percentagem dos pais percecionou o seu filho como apresentando naquele momento, ou já tendo apresentado, no passado, problemas de peso. Em diversos países, a subestimação parental do peso dos filhos, embora em proporções distintas, tem sido repetidamente identificada (Doolen, Alpert, & Miller, 2009; Francescato, Santos, Coutinho, & Costa, 2014; Parry, Netuveli, Parry, & Saxena, 2008; Rietmeijer-Mentink, Paulis, van Middelkoop, Bindel, & van der

Wouden, 2013). Estes resultados podem ser explicados pela crença cultural enraizada em diversos países – Portugal incluído - de que uma criança mais “gordinha” é mais saudável e representa um sinal de competência materna e pelo facto de os pais acreditarem que, com o crescimento, o peso dos seus filhos tende a distribuir-se mais uniformemente (Baughcum et al., 2000).

Dos pais que estavam a tentar atualmente que os seus filhos perdessem peso, uma percentagem significativa indicou não ter recorrido a ajuda profissional para cumprir esse objetivo. Num estudo de Turner, Salisbury e Shield (2011), os autores defendem que, apesar de atualmente existir uma maior atenção dos pais para as questões de excesso de peso, muitos ainda temem consultar o médico devido ao excesso de peso dos seus filhos por medo de serem considerados culpados pela situação ou por temerem que levar a criança ao médico por ter excesso de peso possa influenciar negativamente a sua saúde mental. Para além disto, pais com excesso de peso não procuram ajuda profissional para os filhos por terem vivenciado experiências nas quais sentiram não ter sido ajudados, e por este motivo descreditaram que os filhos poderiam ser ajudados. Este medo de levar as crianças ao especialista, faz com que haja um atraso no diagnóstico e no tratamento da obesidade. No entanto, no presente estudo, uma percentagem significativa dos pais que já tinham realizado tentativas passadas de perda de peso nos filhos relataram o aconselhamento médico como determinante para decidirem fazer com que os filhos perdessem peso. Desta forma, os médicos parecem ter uma forte influência sobre o entendimento dos pais sobre os riscos de saúde associados ao excesso de peso nas crianças (Rhee, DeLago, Arscott-Mill, Mehta, & Davis, 2005). Curiosamente, o médico parece ter um papel relevante na identificação do problema de excesso de peso, contudo, os pais não parecem recorrer à ajuda profissional com vista à perda de peso dos filhos.

Um elevado número de pais de crianças percecionadas com excesso de peso relataram problemas de peso em outros membros da família, nomeadamente o pai e a mãe, o que pode indicar a presença de vulnerabilidade genética nestas crianças. Segundo Pinto e Oliveira (2009), a genética é um fator determinante para desenvolver excesso de peso, assim como os hábitos alimentares inadequados e a inatividade física. Verificar o perfil genético familiar e identificar riscos para o desenvolvimento da obesidade infantil faz-se necessário, para que se possa traçar um plano de cuidados que vise a diminuição do risco para o aparecimento desta doença nas crianças. Contudo, identificar o perfil genético por si só não é suficiente, é necessário um maior empenho por parte do ciclo familiar no que se refere à adoção de práticas e hábitos saudáveis. Em conformidade, Rodrigues e colaboradores (2015) destacam que por isso, há necessidade de intervir com programas de tratamento da obesidade e promover mudanças, principalmente

AUTOEFICÁCIA E ESTRATÉGIAS PARENTAIS

nos fatores que podem ser modificados, como o nível da atividade física, hábitos alimentares e fatores psicológicos.

Apesar da quase totalidade dos pais referirem estratégias para controlo de peso dos filhos como comer mais fruta e vegetais, beber mais água, ser fisicamente mais ativo, fazer refeições mais pequenas mas mais frequentes, cozinhar mais refeições de raiz, reduzir a frequência de refeições fora de casa e aderir e frequentar um ginásio, entre outras, estas estratégias não são, muitas vezes, postas em prática pelos pais. Para além disso, metade dos pais de crianças perçecionadas com excesso de peso relataram sentir não ter controlo sobre o tipo e a quantidade de alimentos que as crianças ingeriam. Estes aspetos podem ser explicados pelo desenvolvimento paulatino de autonomia e a necessidade de afirmação da criança, que se traduzem num envolvimento mais ativo na escolha dos alimentos e em tentativas de impor as suas preferências (Hoerr et al., 2009) e remete para a possibilidade dos pais sentirem, de forma progressiva, menos confiança nas suas capacidades de limitar certos tipos de alimentos (Campbell et al., 2010) e menos controlo pelas práticas educativas da instituição escolar e de outros significativos (Dwyer, Needham, Simpson, & Heeney, 2008).

Contrariamente ao que seria esperado, não foram verificadas diferenças nos níveis de autoeficácia parental referentes ao comportamento alimentar e de atividade física entre crianças com baixo peso/peso normal, pré-obesidade e obesidade. Este resultado parece ser indicativo de que os fatores contextuais que ora facilitam ora impedem a AP para promover comportamentos alimentares e de AF saudáveis são refletidos da mesma forma entre pais de crianças com baixo peso/peso normal, pré-obesidade e obesidade.

Surpreendentemente, também se verificou que quanto mais velhos forem os pais maior é a AP para impedir comportamentos alimentares não saudáveis e sedentários. Este resultado não corrobora o estudo de Campbell e colaboradores (2010), que defende a possibilidade dos pais se sentirem gradualmente menos confiantes das suas capacidades de limitar o consumo de certos tipos de alimentos na dieta da criança ao longo dos primeiros anos de vida e o de Bowen e colaboradores (2010) que mostra que pais de crianças mais velhas relataram níveis mais baixos de autoeficácia para influenciar a AF da criança em comparação com os pais de crianças mais novas. Por outro lado, é possível que os pais mais velhos apresentem mais competências para impedir comportamentos não saudáveis.

Embora apenas uma percentagem reduzida dos pais se tenha sentido bem-sucedida em fazer os filhos perderem peso e manterem o peso perdido, a maioria relatou sentiu-se motivada para fazer algo

aquando do aumento de peso do filho. Estes resultados mostram que, apesar do insucesso associado a tentativas anteriores, muitos dos pais continuam motivados para ajudar os filhos. Relativamente à motivação dos pais para ajudar os filhos a perder peso, os estudos têm encontrado valores muito diferentes, por exemplo, um estudo de Taylor, Williams, Dawson, Haszard e Brown (2015) demonstrou que a motivação dos pais para perda de peso numa amostra comunitária de crianças com excesso de peso foi baixa, com menos de um décimo dos pais a influenciar ativamente o peso do seu filho.

Adicionalmente, cerca de um quarto dos pais consideraram um fardo ajudar os filhos a perder peso, embora tenham reconhecido como algo necessário. Num estudo de Taylor e colaboradores (2015), os pais mostraram-se muito mais recetivos em conseguir promover mudanças nos hábitos alimentares dos filhos do que em conseguir fazerem os filhos perderem peso. Desta forma, parece ser mais eficaz utilizar a motivação e a utilização de estratégias alimentares e de AF saudáveis por parte dos pais como foco ao invés da perda de peso dos filhos para, de forma indireta, promover um estado nutricional saudável nas crianças (Banks, Shield, & Sharp, 2011; He, Piché, Clarson, Callaghan, & Harris, 2010).

O presente estudo apresenta algumas limitações. Uma das limitações está inerente ao processo de recolha que, por ser feito por meio escolar, produziu uma baixa taxa de resposta, dado que as crianças não só tiveram de levar os questionários para serem preenchidos em casa pelos pais, como depois tiveram de os trazer nos prazos pré-definidos para pesagem e medição da investigadora. Outra limitação passa pela extensão do *NoHow Weight Management Survey*, o que pode ter influenciado a qualidade das respostas dos pais pela fadiga proporcionada e desta forma ter diminuído a concentração e a atenção prestada às questões. Por fim, o preenchimento dos instrumentos ocorreu na ausência da investigadora o que pode ter condicionado determinadas respostas pela impossibilidade de esclarecimento de dúvidas.

Para estudos futuros, seria importante repensar o processo de recolha num contexto no qual o investigador estivesse presente (por exemplo, uma reunião de pais) de forma a potenciar uma maior adesão dos participantes. Para uma compreensão mais detalhada desta problemática, seria importante avaliar longitudinalmente as crianças identificadas com excesso de peso e perceber as estratégias parentais ao longo do tempo associadas a trajetórias de peso mais normativas. Por fim, seria importante comparar as estratégias, autoeficácia e perceção de sucesso parental numa amostra clínica de forma a perceber a existência de diferenças ao nível das estratégias utilizadas, da autoeficácia parental e da perceção de sucesso.

AUTOEFICÁCIA E ESTRATÉGIAS PARENTAIS

Os dados recolhidos são relevantes no sentido de informar que estratégias estão a ser levadas a cabo por pais de crianças com excesso de peso e identificar possíveis erros e limitações que devem ser abordadas em intervenções clínicas futuras de forma a promover estratégias mais eficazes e de sucesso para perda de peso em crianças.

Referências

- Adkins, S., Sherwood, N. E., Story, M., & Davis, M. (2004). Physical activity among african american girls: the role of parents and the home environment. *Obesity research*, *12*(S9), 38S-45S. doi:10.1038/oby.2004.267
- Albini, F. L., Paim, R. S. P., & Alves, M. K. (2019). Prevalência do uso de ansiolíticos e antidepressivos, atividade física e doenças associadas em pacientes com excesso de peso em um ambulatório de atendimento nutricional na cidade de Caxias do Sul. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, *13*(78), 344-348.
- Banks, J., Shield, J. P., & Sharp, D. (2011). Barriers engaging families and gps in childhood weight management strategies. *British Journal of General Practice*, *61*(589), 492-497. doi:10.3399/bjgp11X588466
- Baughcum, A. E., Chamberlin, L. A., Deeks, C. M., Powers, S. W., & Whitaker, R. C. (2000). Maternal perceptions of overweight preschool children Maternal Perceptions of Overweight Preschool Children. *Pediatrics*, *106*(6), 1380-1386. doi:10.1542/peds.106.6.1380
- Beets, M. W., Cardinal, B. J., & Alderman, B. L. (2010). Parental social support and the physical activity related behaviors of youth: a review. *Health Education & Behavior*, *37*(5), 621-644. doi:10.1177/1090198110363884
- Bohman, B., Rasmussen, F., & Ghaderi, A. (2016). Development and psychometric evaluation of a context-based parental self-efficacy instrument for healthy dietary and physical activity behaviors in preschool children. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *13*(1), 1–9. doi:10.1186/s12966-016-0438-y
- Bowen, J., Corsini, N., Golley, R. K., Gardener, C., Slater, A. E., & Noakes, M. (2010). Understanding parent concerns about children's diet, activity and weight status: an important step towards effective obesity prevention interventions. *Public Health Nutrition*, *13*(8), 1221-1228. doi:10.1017/s1368980009992096
- Campbell, K., Hesketh, K., Silverii, A., & Abbott, G. (2010). Maternal self-efficacy regarding children's eating and sedentary behaviours in the early years: associations with children's food intake and sedentary behaviours. *International Journal of Pediatric Obesity*, *5*(6), 501–508. doi:10.3109/17477161003777425
- Doolen, J., Alpert, P. T., & Miller, S. K. (2009). Parental disconnect between perceived and actual weight status of children: a metasynthesis of the current research. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *21*(3), 160-166. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00382.x
- Dwyer, J., Needham, L., Simpson, J. R., & Heeney, E. S. (2008). Parents report intrapersonal, interpersonal, and environmental barriers to supporting healthy eating and physical activity among their preschoolers. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, *33*(2), 338–346. doi:10.1139/H07-195
- Edwardson, C. L., & Gorely, T. (2010). Parental influences on different types and intensities of physical activity in youth: A systematic review. *Psychology of Sport and exercise*, *11*(6), 522-535. doi:10.1016/j.psychsport.2010.05.001

- Ek, A., Sorjonen, K., Eli, K., Lindberg, L., Nyman, J., Marcus, C., & Nowicka, P. (2016). Associations between parental concerns about preschoolers' weight and eating and parental feeding practices: results from analyses of the child eating behavior questionnaire, the child feeding questionnaire, and the lifestyle behavior checklist. *PLOS ONE*, *11*(1), 1–20. doi:10.1371/journal.pone.0147257
- Francescato, C., Santos, N. S., Coutinho, V. F., & Costa, R. F. (2014). Mothers' perceptions about the nutritional status of their overweight children: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, *90*(4), 332-343. doi:10.1016/j.jped.2014.01.009
- He, M., Piché, L., Clarson, C. L., Callaghan, C., & Harris, S. B. (2010). Childhood overweight and Obesity management: A national perspective of primary health care providers' views, practices, perceived barriers and needs. *Paediatrics & Child Health*, *15*(7), 419-426. doi:10.1093/pch/15.7.419
- Hoerr, S. L., Hughes, S. O., Fisher, J. O., Nicklas, T. A., Liu, Y., & Shewchuk, R. M. (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*(1), 55. doi:10.1186/1479-5868-6-55
- Hughes, S. O., Power, T. G., Orlet Fisher, J., Mueller, S., & Nicklas, T. A. (2005). Revisiting a neglected construct: Parenting styles in a child-feeding context. *Appetite*, *44*(1), 83-92. doi:10.1016/j.appet.2004.08.007
- Maibach, E., & Murphy, D. A. (1995). Self-efficacy in health promotion research and practice: conceptualization and measurement. *Health Education Research* *10* (1), 37–50. doi:10.1093/her/10.1.37
- NoHow (2016). *Evidence-based ICT tools for weight loss maintenance. Report on demographic, socioeconomic, geographic and ethnical patterns of weight loss*. UK: Research in weight loss maintenance. Artigo não publicado.
- Parry, L. L., Netuveli, G., Parry, J., & Saxena, S. (2008). A systematic review of parental perception of overweight status in children. *The Journal of ambulatory care management*, *31*(3), 253-268. doi:10.1097/01.JAC.0000324671.29272.04
- Pereira-Lancha, L. O., Campos-Ferraz, P. L., & Lancha, A. H. (2012). Obesity: considerations about etiology, metabolism, and the use of experimental models. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*, *5*, 75-87. doi:10.2147/dmso.s25026
- Pinto, M. C. M., & Oliveira, A. C. (2009). Ocorrência da obesidade infantil em pré-escolares de uma creche de São Paulo. *Einsten*, *7*(2), 170-175.
- Preis, S. R., Massaro, J. M., Robins, S. J., Hoffmann, U., Vasan, R. S., Irlbeck, T., & Fox, C. S. (2010). Abdominal subcutaneous and visceral adipose tissue and insulin resistance in the Framingham heart study. *Obesity*, *18*(11), 2191-2198. doi:10.1038/oby.2010.59
- Rhee, K. E., DeLago, C. W., Arscott-Mills, T., Mehta, S. D., & Davis, R. K. (2005). Factors associated with parental readiness to make changes for overweight children. *Pediatrics-Springfield*, *116*(1), 216. doi:10.1542/peds.2004-2479

AUTOEFICÁCIA E ESTRATÉGIAS PARENTAIS

- Rietmeijer-Mentink, M., Paulis, W. D., van Middelkoop, M., Bindels, P. J., & van der Wouden, J. C. (2013). Difference between parental perception and actual weight status of children: a systematic review. *Maternal & Child Nutrition, 9*(1), 3-22. doi: 10.1111/j.1740-8709.2012.00462.x
- Rito, A., Sousa, R. C. D., Mendes, S., & Graça, P. (2017). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2016. <http://hdl.handle.net/10400.18/4857>
- Rodrigues, A. P. D. S., & Silveira, E. A. D. (2015). Correlação e associação de renda e escolaridade com condições de saúde e nutrição em obesos graves. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*, 165-174. doi:10.1590/1413-81232014201.18982013
- Sacks, G., Shill, J., Snowdon, W., Swinburn, B., Armstrong, T., Irwin, R., ... & Xuereb, G. (2012). Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity.
- Sallis, J. F., Calfas, K. J., Alcaraz, J. E., Gehrman, C., & Johnson, M. F. (1999). Potential mediators of change in a physical activity promotion course for university students: Project GRAD. *Annals of Behavioral Medicine, 21*(2), 149-158. doi:10.1007/bf02908296
- Sallis, J. F., Prochaska, J. J., & Taylor, W. C. (2000). A review of correlates of physical activity. *Medicine & Science in Sports & Exercise, 32*(5), 963-975. doi:10.1097/00005768-200005000-00014
- Smith, B. J., Grunseit, A., Hardy, L. L., King, L., Wolfenden, L., & Milat, A. (2010). Parental influences on child physical activity and screen viewing time: a population based study. *BMC public health, 10*(1), 593. doi:10.1186/1471-2458-10-593
- Taylor, R. W., Williams, S. M., Dawson, A. M., Haszard, J. J., & Brown, D. A. (2015). Parental motivation to change body weight in young overweight children. *Public health nutrition, 18*(10), 1807-1814. doi:10.1017/S1368980014002171
- Trost, S. G., & Loprinzi, P. D. (2011). Parental influences on physical activity behavior in children and adolescents: a brief review. *American journal of lifestyle medicine, 5*(2), 171-181. doi:10.1177/1559827610387236
- Turner, K. M., Salisbury, C., & Shield, J. P. (2011). Parents' views and experiences of childhood obesity management in primary care: a qualitative study. *Family Practice, 29*(4), 476-481. doi:10.1093/fampra/cmr111
- Vasques, C., Magalhães, P., Cortinhas, A., Mota, P., Leitão, J., & Lopes, V. P. (2014). Effects of intervention programs on child and adolescent BMI: a meta-analysis study. *Journal of Physical Activity and Health, 11*(2), 426-444. doi:10.1123/jpah.2012-0035
- Viveiro, C., Brito, S., & Moleiro, P. (2016). Sobrepeso e obesidade pediátrica: a realidade portuguesa. *Revista portuguesa de saúde pública, 34*(1), 30-37. doi:10.1016/j.rpsp.2015.07.004
- WHO Multicentre Growth Reference Study Group, & de Onis, M. (2006). Assessment of differences in linear growth among populations in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Acta Paediatrica, 95*, 56-65.
- World Health Organization. (2014). Commission on Ending Childhood Obesity: Frequently asked questions. Retrieved from <http://www.who.int/end-childhood-obesity/faq/en/>

AUTOEFICÁCIA E ESTRATÉGIAS PARENTAIS

World Health Organization. (2016). *Report of the commission on ending childhood obesity*. World Health Organization.

Anexos

Anexo A: Autorização da Direção Geral de Educação

- □ ×

↶ Responder ↷ Responder a todos → Reencaminhar 📁 Arquivar 🗑 Eliminar ⋮

Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0680400001

 **mime-noreply@gepe.min-edu.pt** <mime-noreply@gepe.min-edu.pt> 
27/05/2019 16:24

Para: helena.arriscado17@outlook.pt; Helena Isabel Moreira Arriscado

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0680400001, com a designação *Perceção de autoeficácia e estratégias parentais para controlo de peso em crianças*, registado em 24-04-2019, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Sónia Gonçalves
Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.
Com os melhores cumprimentos
José Vítor Pedroso
Diretor-Geral
DGE

Observações:

a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização da Direção do Agrupamento de Escolas do ensino público a contactar para a realização do estudo (Agrupamento Escolar D. António Ferreira Gomes (Penafiel)). Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque onerosos, sensíveis do foro da saúde e vida privada, devendo fazer-se em estreita articulação com as Direções dos Agrupamentos.

b) Informa-se que a **DGE** não é competente para autorizar a realização de intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação em meio escolar dadas as competências da Escola/Agrupamento, nos domínios da organização pedagógica, da organização curricular, da gestão estratégica, entre outras. Os órgãos de gestão pedagógica e educativa, (a Direção, o Conselho Pedagógico e o Conselho Geral) melhor decidirão sobre a realização dos inquéritos e suas inerentes ações em contexto de sala de aula.

c) Deve considerar-se o disposto legal em matéria de garantia de anonimato dos sujeitos, confidencialidade, proteção e segurança dos dados. Considerados os documentos que foram anexados e para efeitos da proteção de dados a recolher junto dos inquiridos, sensíveis do foro da saúde e vida privada, em cumprimento da legislação em vigor resultam obrigações que o responsável se propõe cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os inquiridos e a quem intervenha na recolha e
