



Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia Social e das Organizações

Perceções e Estratégias de Regulação do Consumo de Açúcar nas
Crianças: Um Estudo Qualitativo com Pais

Bárbara Pereira Gonçalves Tourais Pinto

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia
Social e das Organizações

Orientadora:

Doutora Marília Prada, Investigadora
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Co-orientadora:

Doutora Cristina Godinho, Professora Auxiliar Convidada
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2019

Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia Social e das Organizações

**Perceções e Estratégias de Regulação do Consumo de Açúcar nas
Crianças: Um Estudo Qualitativo com Pais**

Bárbara Pereira Gonçalves Tourais Pinto

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia
Social e das Organizações

Orientadora:

Doutora Marília Prada, Investigadora
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Co-orientadora:

Doutora Cristina Godinho, Professora Auxiliar Convidada
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2019

Agradecimentos

À Doutora Marília Prada, por aceitar orientar-me na última fase deste percurso, pelo brilhante trabalho em equipa que impulsionou, pelos conselhos, por acreditar e estimular a autonomia e por ter sempre uma palavra de motivação. Obrigada.

À Doutora Cristina Godinho, pela partilha de conhecimento, ajuda e horas despendidas e pela disponibilidade com que aceitou coorientar esta dissertação. Obrigada.

Ao Bernardo, aos treinadores dos clubes de basquete e a todos os que ajudaram a concretizar a recolha dos dados. A todos pais que aceitaram participar nesta investigação e que partilharam um pouco das suas vidas. Obrigada.

À Catarina, à Inês e à Kate, que acompanharam os altos e os baixos desta caminhada e sempre tiveram um “*Tu consegues!*” para me dizer quando eu própria duvidei. Pelas gargalhadas, pelas lágrimas, pelas memórias. Obrigada.

À minha mãe e avó, minhas apoiantes incondicionais, que para além de nunca duvidarem de mim, fazem o que puderem para me ajudar. Por me fazerem lutar, por me fazerem querer chegar sempre mais longe, mas também por me mostrarem que errar faz parte do caminho. Por me fazerem quem sou. Obrigada.

A quem não cá está mas que sei que celebra as minhas vitórias onde quer que esteja. Obrigada.

À Maria, que perdeu tantas horas de sono e sentiu tanto os nervos à flor da pele quanto eu, que festejou e continua a festejar as minhas conquistas como se fossem dela, por me ajudar e apoiar em todas as fases do processo sem nunca me largar a mão, por nunca duvidar das minhas capacidades, por saber sempre como me motivar... Esta Dissertação é tanto minha como tua. Obrigada.

Resumo

Os hábitos alimentares inadequados e o elevado consumo de açúcar dos portugueses, particularmente das crianças, associam-se a maior risco para desenvolver problemas de saúde, nomeadamente excesso de peso, obesidade e doenças crónicas não transmissíveis (DCNTs). O presente estudo teve por objetivos perceber os hábitos alimentares de crianças do 1º ciclo e quais as estratégias de regulação alimentar utilizadas pelos seus pais, bem como compreender as suas perceções acerca do açúcar e das diferentes formas de controlar o seu consumo nas crianças. Foram realizadas 42 entrevistas a pais de crianças entre os 6 e 10 anos, as quais foram analisadas através de análise temática. Verificou-se que os alimentos mais incentivados são os vegetais e as estratégias utilizadas para este efeito baseiam-se na comunicação e relação entre pais e filhos. Pelo contrário, os alimentos mais controlados são os que têm açúcar na sua composição e as estratégias de regulação, neste caso, são mais unidirecionais, não incluindo tanto a criança. As barreiras a esta regulação focam-se em fatores exteriores ao ambiente doméstico (e.g., festas), enquanto os facilitadores se concentram em fatores controláveis neste ambiente (e.g., hábito). As perceções dos pais acerca do açúcar foram negativas, tais como as crenças sobre as consequências do seu consumo. A maioria destas crenças é suportada pela literatura exceto as consequências comportamentais (e.g., consumo de açúcar associado à hiperatividade). Concluiu-se que os participantes consideram o consumo de açúcar prejudicial para a saúde e que são necessárias estratégias individuais e populacionais (envolvendo escolas, governo e famílias) para o regular.

Palavras-chave: Consumo de açúcar, Crianças em idade escolar, Perceções e atitudes parentais, Estratégias de incentivo e controlo, Educação e cuidado infantil, Promoção e manutenção de saúde e bem-estar

Abstract

The inadequate eating habits and the high levels of sugar intake among the Portuguese population is alarming, especially as far as children are concerned, with higher risk for the development of health conditions such as overweight, obesity and noncommunicable diseases (NCDs). The present study aimed at characterizing the feeding practices of parents of elementary school students and understand their perceptions about sugar and the different ways of controlling its intake on children. For this purpose, 42 parents of children between 6 and 10 years old were interviewed. It was found that vegetables were the most encouraged food and the strategies used were mostly based on parent-child relationship and communication. Sugary products were the most controlled by parents and their strategies, in this case, were much more unidirectional, as children were less involved. The identified barriers to controlling sugar intake focused on issues outside of home context (e.g., parties), while the facilitators focused on controllable factors within this environment (e.g., habit). Parents' perceptions about sugar were negative, so were the beliefs about the consequences of its intake. Beliefs on the consequences of sugar intake were generally supported by the literature, except the ones related to behavior (e.g. association between sugar intake and hyperactivity). In conclusion, participants consider sugar intake harmful and that both individual and population-level strategies involving schools, the government and families are necessary in order to regulate it.

Keywords: Sugar intake, School-aged children, Parental perceptions and attitudes, Encouraging and controlling strategies, Childrearing & childcare, Promotion & maintenance of health & wellness

Índice

Introdução	1
Capítulo I. Enquadramento Teórico	5
Hábitos Alimentares e Sua Relação com a Saúde	5
Padrões Alimentares de Adultos e Crianças Portuguesas	6
Fatores Associados ao Consumo Alimentar	7
Fatores Associados ao Consumo de Açúcar	11
Intervenções a Nível Nacional para a Redução do Consumo de Açúcar	13
Influência dos Pais na Alimentação das Crianças e Aprendizagem	15
Capítulo II. Método	23
Participantes.....	23
Instrumentos	26
Guião de entrevista	26
Questionário final.....	26
Procedimento	27
Estratégia Analítica.....	28
Capítulo III. Resultados	33
Hábitos Alimentares Gerais.....	33
Hábitos Alimentares da Criança	34
Estratégias de Regulação Alimentar	36
Estratégias de incentivo.	36
Estratégias de controlo.	37
Barreiras e facilitadores ao controlo do consumo de açúcar.....	40
Perceções Sobre o Açúcar	44
Alimentos considerados com elevado ou baixo teor de açúcar	44
Fontes de informação sobre o açúcar	48
Consequências do consumo de açúcar.	49
Intervenções.....	51
Capítulo IV. Discussão	55
Referências Bibliográficas	69
Anexos	75

Índice de Quadros e de Figuras

Quadro 2.1. Dados sociodemográficos dos pais	23
Quadro 2.2. Dados sociodemográficos das crianças a frequentar o 1º ciclo	24
Quadro 2.3. Dados sociodemográficos dos restantes adultos dos agregados familiares	25
Quadro 2.4. Blocos do guião de entrevista e exemplos de questões	27
Figura 3.1. Mapa temático do tema “Estratégias de regulação alimentar” e os seus subtemas.....	36
Figura 3.2. Mapa temático do tema “Perceções sobre o açúcar” e os seus subtemas	44
Figura 3.3. Mapa temático do tema “Intervenções” e os seus subtemas.....	51

Introdução

A alimentação, para além de uma das mais básicas necessidades biológicas, é um complexo sistema simbólico de significados sociais, religiosos, éticos, entre outros, que se materializa em hábitos, costumes, rituais e etiquetas (Carneiro, 2017). Os comportamentos e hábitos alimentares formam-se na infância (Coelho, Afonso, & Oliveira, 2017), sendo que, nesta fase, uma nutrição adequada é essencial para o bom crescimento e desenvolvimento da criança (WHO, 2019). No entanto, a taxa de crianças em idade escolar com excesso de peso continua a aumentar (Lobstein & Jackson-Leach, 2016).

Atualmente vivemos num ambiente muito propenso aos maus hábitos alimentares, excesso de peso e obesidade devido, por exemplo, ao aumento do tamanho das porções e à enorme disponibilidade e preços baixos dos alimentos com calorias excessivas, ricos em gorduras e açúcares (Leonard, 2014). Neste momento, estas formas de má nutrição são consideradas uma epidemia global (IFPRI, 2016), sendo que Portugal não é exceção. Especificamente no que diz respeito ao consumo de açúcar, segundo o Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física de 2015-2016, a ingestão de açúcares livres na população portuguesa é excessiva (média nacional de 35g/dia), superior à recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo que cerca de 40% das crianças excede esta recomendação.

A inadequação dos comportamentos alimentares em geral agrava-se nas crianças, repercutindo-se nas taxas de excesso de peso e obesidade infantil do país (IAN-AF 2015-2016). Em Portugal, a prevalência de excesso de peso em crianças é superior à média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, Ministério da Saúde, 2018). Estes hábitos alimentares desajustados têm várias consequências tais como a obesidade e o aumento do risco de doenças crónicas não transmissíveis. Sabe-se que o elevado consumo de açúcar é um dos fatores mais preocupantes para a prevalência destas doenças (WHO, 2015), que se prevê que aumente nos próximos anos, tornando-se uma ameaça para a economia e a sociedade em geral (WHO, 2014).

Nas crianças, a obesidade e os maus hábitos alimentares têm vários fatores na sua origem, sendo os predominantes exógenos, isto é, exteriores a elas (para revisão, ver Rodrigues, Alves, & Amorim, 2015). Para elas, o ambiente doméstico (Nepper & Chai, 2016) e o ambiente escolar (Santos et al., 2018) são dois fatores muito importantes no desenvolvimento e aprendizagem de bons hábitos alimentares. É também evidente a influência das práticas parentais relacionadas com a alimentação no comportamento

alimentar das crianças. Assim, por exemplo, estratégias que se baseiem demasiado no controlo ou na utilização de alimentos como veículo para modificar o comportamento das crianças (e.g., restrição alimentar ou obrigação) poderão ter consequências negativas nas preferências e autorregulação alimentar das mesmas (Larsen et al., 2015).

Considerando que os hábitos alimentares se formam na infância e sabendo que os pais são agentes cruciais na estruturação destes padrões (Coelho et al., 2017), torna-se relevante estudar não só os hábitos de crianças, como as práticas parentais (estratégias de regulação alimentar) e crenças que os pais têm sobre a alimentação dos seus filhos, em particular no que diz respeito ao consumo de açúcar. Tal é relevante, não apenas por ser o consumo de açúcar um dos principais fatores associados à prevalência de obesidade infantil e ao facto de muitas crianças que sofrem de obesidade se tornarem adultos obesos, mas também por se acreditar que os esforços feitos durante a infância para promover hábitos alimentares mais saudáveis podem influenciar padrões comportamentais futuros (Lean, Lara, & Hill, 2006).

Com o objetivo de perceber quais as estratégias de regulação alimentar, tanto de incentivo como de controlo, utilizadas pelos pais e compreender quais as suas percepções acerca da alimentação dos seus filhos, nomeadamente no que diz respeito ao consumo de açúcar e das diversas formas de o controlar, realizámos um estudo qualitativo com pais de crianças a frequentar o 1º ciclo do ensino básico. Para tal, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com o propósito de captar as práticas, opiniões e percepções dos pais, permitindo, ao mesmo tempo, compreender o contexto em que estas surgem.

A presente dissertação divide-se em quatro capítulos. No primeiro, é apresentado o enquadramento do estudo, apresentando-se dados relativos aos padrões alimentares em Portugal, em especial das crianças, e seu contraste com as recomendações da OMS, bem como abordado o impacto dos hábitos alimentares, mais concretamente do consumo de açúcar, na saúde. Neste capítulo são também revistos os fatores associados ao consumo alimentar, com especial destaque nos relacionados com o consumo de açúcar em crianças, e apresentadas intervenções a nível nacional para a redução do consumo de açúcar. Por fim, são abordados os tipos de influência que os pais têm na alimentação das suas crianças, nomeadamente as suas práticas parentais, estratégias usadas e dificuldades sentidas. No segundo capítulo é descrita a metodologia de investigação utilizada no estudo e é feita uma caracterização da amostra, tanto dos pais, como dos seus filhos que frequentem o 1º ciclo e dos respetivos agregados familiares. É ainda explicado o procedimento de recolha de dados e a estratégia de análise utilizada. No terceiro capítulo são apresentados os resultados da análise dos dados de acordo com os objetivos da investigação. Por fim, no quarto capítulo,

Percepções e Estratégias de Regulação do Consumo de Açúcar nas Crianças

são discutidos os resultados à luz da literatura e tecidas as principais conclusões deste estudo, bem como referidas as suas limitações e sugestões para estudos futuros.

Capítulo I. Enquadramento Teórico

Hábitos Alimentares e Sua Relação com a Saúde

Os hábitos alimentares inadequados contribuem para a perda de 15,4% dos anos de vida saudável na população portuguesa (Ministério da Saúde, 2018). Estes, combinados com a falta de atividade física, são fatores de risco consideráveis para a obesidade e doenças crónicas não transmissíveis (DCNT) como, por exemplo, a diabetes (WHO, 2015). Segundo a OMS, as DCNTs tendem a ser complicações de longa duração e são o resultado da combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. As quatro doenças crónicas que mais mortes causam a nível mundial são as doenças cardiovasculares, oncológicas, respiratórias crónicas e a diabetes (Bloom et al., 2012). Sabe-se que a dieta tem um papel principal como fator de risco para estas doenças e que a sua combinação com outros fatores de risco (e.g., inatividade física, tabagismo) provavelmente tem um efeito aditivo ou mesmo multiplicador no risco de desenvolver DCNTs. Estima-se também que fatores relacionados com a dieta são responsáveis por 30% dos cancros em países desenvolvidos (WHO, 2003) e que comportamentos alimentares como o consumo de fruta e peixe podem diminuir o risco de algumas doenças respiratórias crónicas (Brug, Schols, & Mesters, 2004). Estas doenças crónicas não transmissíveis são as principais causas de morte, sendo responsáveis por 68% das mortes no mundo em 2012, entre as quais 40% foram prematuras (antes dos 70 anos). Para além disto, é expectável que o número de pessoas afetadas pelas DCNTs aumente substancialmente nas próximas décadas (Bloom et al., 2012).

A obesidade, embora possa ser considerada como uma doença por si só, representa também um dos fatores de risco para as DCNTs (principalmente a diabetes e as doenças cardiovasculares, WHO, 2000). A crescente prevalência da obesidade (que nas últimas décadas duplicou a nível mundial, WHO, 2014) torna também relevante o estudo dos hábitos alimentares. O excesso de peso e a obesidade resultam de hábitos alimentares inadequados, com implicações graves a nível individual e social. A obesidade é atualmente considerada uma epidemia global (IFPRI, 2016), afetando todas as faixas etárias. Por exemplo, a prevalência de obesidade em crianças tem aumentado a nível mundial e associa-se a uma série de complicações sérias, aumentando o risco de doença prematura e morte, levantando preocupações no âmbito da saúde pública (Ebbeling, Pawlak, & Ludwig, 2002; Ng et al., 2014). Assim, tem sido sublinhado pela OMS que uma boa nutrição durante a infância é crucial para assegurar o crescimento e desenvolvimento ideais da criança e para melhorar a saúde no decorrer da vida (incluindo a prevenção do excesso de peso, da obesidade e das

doenças crónicas não transmissíveis relacionadas com a dieta, WHO, 2019). Em Portugal, a prevalência de excesso de peso em adultos é de 55,6% e a de obesidade é de 20,1% (IFPRI, 2016), sendo que a situação se agrava para os indivíduos menos escolarizados (Ministério da Saúde, 2018). Apesar de Portugal continuar a ser um dos países europeus que apresenta níveis de obesidade mais elevados, verificou-se uma tendência decrescente na prevalência de excesso de peso e obesidade entre 2008 e 2016 (PNPAS, 2018). Relativamente a crianças (dos 6 aos 8 anos), cerca de 30,7% e 11,7%, em 2016, apresentavam excesso de peso e obesidade, respetivamente (PNPAS, 2018). Assim, a prevalência de excesso de peso nas crianças de diferentes idades em Portugal é superior à média dos países da OCDE (Ministério da Saúde, 2018).

O elevado consumo de açúcares livres está na base das preocupações, visto que, para além de contribuir para o aumento do consumo de energia total e poder diminuir o consumo de alimentos com valor nutricional mais adequado, está associado a uma dieta não saudável, risco de DCNTs e obesidade. A OMS define “açúcares livres” como os monossacarídeos e dissacarídeos adicionados aos alimentos pelo fabricante, cozinheiro ou consumidor e os açúcares naturalmente presentes no mel, xaropes, sumos de fruta e concentrados de fruta, recomendando a diminuição do seu consumo ao longo do ciclo de vida (WHO, 2003). Os efeitos mais críticos destes açúcares livres são o excesso de peso (que medeia o risco de desenvolver DCNTs) e as cáries dentárias, por isso, qualquer medida que pretenda diminuir a incidência destes dois problemas chave, poderá contribuir também para a redução do risco de incidência das DCNTs (WHO, 2015). O consumo de açúcar e de bebidas e alimentos muito açucarados está também associado a um maior risco de cancro pancreático (um dos mais mortais, Larsson, Bergkvist, & Wolk, 2006), tal como tem um impacto significativo no desenvolvimento do cancro da mama (Jiang et al., 2016). Para além disto, cria dependência, agrava doenças reumatológicas, envelhece a pele, afeta a capacidade do cérebro de perceber que o corpo está saciado e aumenta o risco de depressão em 58% (CUF, 2014). Assim, tanto para adultos como para crianças, a OMS recomenda a restrição do consumo de açúcares livres para níveis inferiores a 10% do consumo total de energia.

Padrões Alimentares de Adultos e Crianças Portuguesas

O Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF) de 2015-2016 retrata os hábitos alimentares gerais da população portuguesa. De acordo com os dados obtidos, os adolescentes (10-18 anos) e as crianças (< 10 anos) são as faixas etárias que menos

consomem alimentos do grupo “Fruta, hortícolas e leguminosas”, mas as que mais consomem leite, cereais de pequeno-almoço e barras de cereais. Tendo em conta a recomendação da OMS (400g/dia), a inadequação do consumo de fruta e hortícolas é superior nos adolescentes e nas crianças comparativamente à dos restantes grupos etários. No entanto, as crianças são o grupo etário que mais consome sopa. Em todos os grupos etários, o consumo de alimentos pertencentes ao grupo dos “Doços, bolos e bolachas” é bastante elevado, sendo que estes são consumidos em 93,1% dos dias. Para além disso, é relevante referir que a população portuguesa bebe em média menos de 1 litro de água por dia, sendo as crianças o grupo que menos água bebe (0,43 litros/dia). Também se concluiu que, quando comparados com os indivíduos menos escolarizados, os mais escolarizados consomem significativamente mais hortícolas, mais iogurtes e leites fermentados e mais alimentos dos grupos “Doços, bolos e bolachas” e “*Snacks*, salgados e *pizzas*”. Assim, o consumo excessivo de sal e açúcar, associado aos baixos níveis de ingestão de produtos hortícolas e fruta estão entre os hábitos alimentares mais prejudiciais à saúde dos portugueses (Ministério da Saúde, 2018).

Relativamente ao consumo de açúcar, de acordo com os dados recolhidos no IAN-AF, 24,4% da população portuguesa apresenta um consumo de açúcares livres superior ao recomendado pela OMS. No caso das crianças e adolescentes estes valores são ainda mais alarmantes, atingindo 40,7% e 48,7%, respetivamente. Estes açúcares são principalmente provenientes de alimentos dos grupos dos doces (rebuçados, gomas, chocolates, mel, compotas, etc.), açúcar “de mesa” adicionado a alimentos e bebidas, refrigerantes, sumos de fruta naturais ou concentrados, bolos, bolachas, biscoitos, cereais de pequeno-almoço e cereais infantis (IAN-AF 2015-2016).

Em resumo, a prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos e crianças em Portugal é preocupante. Os hábitos alimentares da generalidade da população são bastante inadequados, especialmente no caso das crianças, idade em que uma boa nutrição é crucial. Especificamente no que diz respeito ao açúcar, a ingestão de grande parte dos portugueses, principalmente a dos adolescentes e crianças, é superior à recomendação da OMS. Posto isto, torna-se relevante averiguar os fatores que influenciam estes hábitos e comportamentos alimentares.

Fatores Associados ao Consumo Alimentar

Entre as diversas espécies animais, existe uma capacidade inata e instintiva para procurar os alimentos necessários e até para, entre uma variedade de oferta, selecionar os indispensáveis para superar uma determinada carência. Este processo não é o mesmo nos

seres humanos porque, embora o “apetite” seja uma necessidade biológica, a grande maioria dos comportamentos integrados no processo de saciedade são, muito provavelmente, aprendidos (Viana, Santos, & Guimarães, 2008).

A alimentação humana e, nomeadamente, a quantidade e tipo de alimentos consumidos, é influenciada por um conjunto complexo de fatores internos (e.g., mecanismos fisiológicos, resposta ao *stress*) e externos (e.g., fatores contextuais físicos e sociais, como a disponibilidade dos alimentos, qualidade dos alimentos, sabor, a influência dos outros) aos indivíduos (para revisão, ver Torres & Nowson, 2007). Tendo isto em conta, pode concluir-se que a lista de fatores que determinam e influenciam a alimentação é muito vasta e complexa. Estes poderão, no entanto, de acordo com o modelo COM-B (Michie, Van Stralen, & West, 2011) ser agrupados em três fatores principais: a) capacidade (física e/ou psicológica), b) motivação (processos reflexivos, por exemplo, avaliações e planos, e processos automáticos como emoções e impulsos) e c) oportunidade (física, proporcionada pelo ambiente físico e/ou social, pela envolvente social, cultura, etc.). Estes fatores facilitam ou impedem um determinado comportamento, podendo este modelo ser aplicado também ao comportamento alimentar. Assim, aspetos como conhecimento nutricional e competências (e.g., saber cozinhar) estariam incluídos no fator capacidade; sensação de fome, preferências e intenção de reduzir ou aumentar o consumo de um determinado alimento estariam incluídos no fator motivação; e aspetos como a conveniência (tempo, facilidade de preparação), a disponibilidade no mercado, o preço, e as normas e influências sociais estariam incluídos no fator oportunidade.

Rozin (1996) acrescenta que a tradição tem uma grande influência não só na escolha, nos hábitos e preferências dos indivíduos, mas também na maneira como preparam e cozinham os alimentos que consomem. No entanto, apesar de muitos aspetos relacionados com a alimentação serem culturais, a preferência por alimentos doces parece ser inata, tal como o evitamento de sabores amargos (Rozin, 1996). Este fenómeno faz sentido de um ponto de vista adaptativo e de sobrevivência, tendo em conta que esta preferência assegura a aceitação do primeiro alimento (leite materno) e dos alimentos doces presentes na natureza (e.g., frutos), que contêm energia, minerais e vitaminas. Porém, os alimentos de hoje em dia são caracterizados por uma abundância de açúcares altamente concentrados e pobres em nutrientes, tal como de adoçantes não nutritivos que perturbam o equilíbrio entre o sabor, os nutrientes e o apetite (Ventura & Mennella, 2011). O determinante principal do modelo de Furst, Connors, Bisogni, Sobal e Falk (1996) está relacionado com esta ideia. Estes autores desenvolveram um outro modelo conceptual do processo de escolha alimentar que contempla

vários determinantes importantes da alimentação dos indivíduos. De acordo com o modelo, o determinante principal é o percurso de vida dos indivíduos e tudo o que está implicado nele, sejam as experiências pessoais, a influência de eras históricas, a cultura e tradições envolventes, os diferentes papéis adotados pelos indivíduos ao longo da vida, as características da geração, etc. De entre todas as variáveis presentes no percurso de vida, Furst e colaboradores (1996) destacaram cinco influências chave derivadas do mesmo: os ideais, os fatores pessoais, os recursos, a envolvente social e o contexto alimentar.

Os ideais de cada um englobam as expectativas, as crenças, os valores e as suposições, derivados de fatores culturais e simbólicos e criados ao longo da vida consoante a envolvente. São, portanto, a noção de *standard*, de como as coisas devem ser. Exemplos seriam as tradições alimentares em festividades ou ocasiões especiais ou os rituais que implicam alimentos especiais, como bolo nos aniversários. Os ideais podem ser alterados mediante reflexão e reavaliação, particularmente em fases de transição (Furst et al., 1996).

Para Furst e colaboradores (1996), os fatores pessoais envolvem necessidades e preferências derivadas de traços psicológicos e fisiológicos. Incluem gostos e aversões, estilos alimentares, o foco/centralização na alimentação e características como idade, género, estado de saúde (e.g., alergias alimentares), preferências sensoriais (e.g., sabor) e estado de fome. Estados de espírito, sentimentos e pistas emocionais também induzem uma variedade de respostas aos alimentos (e.g., *stress* associado a comportamentos de consumo excessivo ou insuficiente de alimentos, segundo Torres & Nowson, 2007).

Já os recursos abrangem tanto elementos tangíveis (dinheiro, equipamento, espaço) como intangíveis (competências, conhecimento, tempo) e estão sujeitos a flutuações ao longo da vida (Furst et al., 1996). Uma das consequências da falta de recursos que determina, de facto, a alimentação dos indivíduos é a insegurança alimentar (associada a condições de pobreza e de escassez de recursos, segundo o IAN-AF 2015-2016).

A composição e dinâmica da envolvente social determinam também a escolha alimentar dos indivíduos (Furst et al., 1996). A família e o agregado familiar são um dos conjuntos de relações interpessoais mais importantes que influencia esta escolha. Deste modo, os indivíduos têm papéis atribuídos relacionados com a alimentação no contexto do agregado familiar, por exemplo, o papel de comprar alimentos para o mesmo, que implica adquirir alimentos que satisfaçam as necessidades e desejos dos outros membros do agregado. Estes papéis atribuídos envolvem adaptação e negociação, tendo em conta a variedade de prioridades e preferências existentes num agregado familiar. Higgs (2015) salienta ainda o efeito das normas sociais relativas à alimentação (i.e., percepções acerca do

que é aceitável consumir, seja a nível de quantidades ou de escolhas alimentares específicas, num determinado grupo social). Estas normas podem ser comunicadas através de práticas e regras culturais, comportamentos numa determinada situação ou pistas contextuais (e.g., a norma relativa ao tamanho das porções). De acordo com Cialdini, Reno e Kallgren (1990) podemos distinguir dois tipos de normas: as que se referem às percepções acerca daquilo que as outras pessoas fazem (i.e., normas descritivas, como “é habitual servir doces em festas de anos”) e as que se referem às percepções acerca daquilo que é a expectativa e que as outras pessoas aprovam (i.e., normas injuntivas, como “as crianças devem comer sopa”).

Por último, Furst e colaboradores (1996) definem que o contexto alimentar engloba o ambiente físico, o clima social do cenário de escolha, fatores específicos do fornecimento dos alimentos como tipos e fontes de alimentos e disponibilidade dos mesmos no sistema alimentar, incluindo fatores sazonais ou do mercado (e.g., disponibilidade de determinados alimentos dependente da estação do ano, reduções de preço, etc.). Assim, um determinado contexto alimentar pode oferecer possibilidades de escolha limitadas ou extensas. Um exemplo aplicado a crianças seria a oferta escolar, tanto os alimentos disponíveis nas cantinas como os disponíveis para os lanches, visto que a escola é um contexto alimentar muito relevante para elas.

A experiência recorrente de tomar decisões relativas à alimentação ao longo da vida leva ao desenvolvimento de um sistema pessoal e individual de escolha alimentar, que conta com hábitos e regras bem estabelecidos, usados para simplificar e acelerar este processo de escolha. Este sistema, segundo Furst e colaboradores (1996), tem dois componentes chave: as negociações de valores e as estratégias. As negociações de valores são basicamente ponderações dos diferentes valores (ética, tradição, familiaridade, percepções sensoriais, etc.) salientes para um indivíduo numa determinada situação e que o fazem escolher um alimento em detrimento de outro. Por sua vez, as estratégias são padrões de escolha baseados em deliberações prévias que tendem a ser estáveis. Ainda assim, permitem alguma flexibilidade, na medida em que podem variar dependendo do contexto, por exemplo, em festividades é comum que se consumam alimentos que não fazem parte dos hábitos do resto do ano (nomeadamente doces e sobremesas, visto que o açúcar tem um papel importante nas celebrações). As influências do percurso de vida são fatores importantes no desenvolvimento destas estratégias.

No que diz respeito às negociações de valores, os autores destacam seis valores predominantes: percepções sensoriais, considerações monetárias, conveniência, saúde e nutrição, gestão de relações e qualidade (Furst et al., 1996). As percepções sensoriais são com

frequência o valor dominante e incluem características como o sabor, sendo este o que mais se destaca, o odor, a textura, a aparência, etc. As preferências de sabor mudam ao longo da vida, surgindo uma maior tolerância influenciada pela disponibilidade de alimentos e pelo contexto social. As considerações monetárias baseiam-se no preço e nas percepções acerca do valor dos alimentos e da relação qualidade-preço. É também frequente que este valor domine a escolha alimentar. O valor da conveniência engloba fatores como o tempo e a facilidade de acesso e de preparação. O valor da saúde e nutrição visa o evitamento ou o controlo da doença (e.g., cancro, hipertensão) através do evitamento de alimentos como o sal ou gorduras, o controlo de peso e o bem-estar corporal (energia e saúde). A gestão de relações surge quando as necessidades e preferências de outros têm de ser consideradas aquando da escolha e visa a manutenção da harmonia nos agregados familiares (e.g., permitindo que cada um obtenha os seus alimentos favoritos de vez em quando). Este valor é particularmente influenciado por ideais pessoais e culturais. A qualidade surge quando existe uma comparação entre produtos, é articulada com sentimentos, visões e padrões de excelência e está relacionada com o sabor e a saúde. Melhor qualidade é também frequentemente associada a preços mais elevados, porém, quando o preço e a qualidade entram em conflito, a qualidade emerge como o valor dominante.

Em suma, a escolha e consumo alimentar estão associados a uma série de fatores que os direcionam e influenciam. Estes fatores podem ser internos, tais como ideais, preferências, competências, conhecimentos, e estados de espírito, ou externos como, por exemplo, a envolvente social, as leis, a disponibilidade, o tempo, os recursos financeiros, etc.

Fatores Associados ao Consumo de Açúcar

Relativamente ao consumo de açúcar em particular, há vários fatores influenciadores coincidentes (e.g., disponibilidade, preferência individual), no entanto, existem também fatores específicos que influenciam a sua escolha e consumo. O Retrato da Saúde revela que as bebidas açucaradas são uma das principais fontes de açúcar, com especial reflexo nos padrões alimentares das crianças e adolescentes (Ministério da Saúde, 2018). Assim, uma revisão sistemática de literatura recente revela que o consumo de açúcar através deste tipo de bebidas em crianças é influenciado por fatores individuais, interpessoais e contextuais (Paes et al., 2015). A modelagem positiva por parte dos pais e as políticas nutricionais das escolas estavam associadas a um consumo mais baixo de bebidas açucaradas. Por outro lado, a disponibilidade destas bebidas em casa, o estatuto económico mais baixo dos pais, menor

idade e a monoparentalidade estavam associados a consumos mais elevados destas bebidas, tal como fatores individuais das crianças, como a visualização de televisão (e o potencial efeito de anúncios que promovem bebidas açucaradas), o consumo de *snacks* e a preferência por bebidas açucaradas.

Tal como mencionado no estudo anterior, a visualização de televisão é um dos fatores que influencia os hábitos alimentares. Adicionalmente, os resultados de um estudo longitudinal de Hancox, Milne e Poulton (2004) sugerem que a visualização de televisão poderá, por si só, assumir consequências negativas na saúde em geral. Este estudo incluía crianças e adolescentes (5 a 15 anos) e demonstrou que a visualização de televisão está associada a índices de massa corporal mais elevados, menor capacidade cardiorrespiratória, aumento de cigarros fumados e colesterol mais elevado na idade adulta. No mesmo sentido, mas focando no impacto da publicidade, Dixon, Scully, Wakefield, White e Crawford (2007) revelaram que a exposição cumulativa de crianças a anúncios de comida na televisão promovia crenças e atitudes favoráveis aos alimentos mais retratados nos anúncios de comida nos canais infantis, nomeadamente, *junk food*, doces/confeitaria e bebidas açucaradas. Esta exposição estava também associada à percepção de que o consumo deste tipo de alimentos é mais prevalente entre crianças da mesma idade e a um consumo mais elevado de *junk food*. Na mesma linha, o estudo de Longacre e colaboradores (2017) com crianças em idade pré-escolar demonstra uma relação significativa e positiva entre a exposição à publicidade televisiva de cereais de pequeno-almoço açucarados direcionados para as crianças e o consumo das crianças destes cereais com elevados níveis de açúcar. Assim, as crianças consumiam 14% mais marcas de cereais de pequeno-almoço muito açucarados por cada 10 anúncios vistos nos 7 dias antecedentes. Os autores afirmam ainda que a publicidade a este tipo de cereais conta com uma gama de personagens animados, antropomórficos e com cores vivas, que são altamente atrativos e memoráveis para as crianças, fazendo com que estas peçam a marca do produto mais atrativo em vez de serem consistentes na marca que preferem.

Em resumo, quanto a crianças e ao consumo de açúcar, surgem fatores como a visualização de televisão e os anúncios/publicidade que tendem a atraí-las para produtos com açúcar e as medidas existentes nas escolas.

Intervenções de Base Populacional para a Redução do Consumo de Açúcar

A partir das conclusões do estudo de Longacre e colaboradores (2017), os autores recomendam a limitação do *marketing* de produtos com alto teor de açúcar para as crianças. Magnus, Haby, Carter e Swinburn (2009) referem ainda que restringir os anúncios televisivos dirigidos a crianças poderia potencialmente ser uma das intervenções mais economicamente viável para prevenir a obesidade na atualidade. A propósito, em Portugal, foi recentemente aprovada uma lei que introduz restrições à publicidade dirigida a menores de 16 anos de géneros alimentícios e bebidas que contenham elevado valor energético, teor de sal, açúcar, ácidos gordos saturados e ácidos gordos transformados (Lei n.º 30/2019, Diário da República, 23 de abril de 2019). No entanto, Santos, Silva e Pinto (2018) acrescentam que, apesar de as empresas alimentares usarem o nome e a imagem de personagens reconhecidas pelas crianças da televisão ou personagens novas criadas especialmente para determinado produto, para que estas as reconheçam e se interessem pelo seu produto e embora este tipo de *marketing* resulte a influenciar as crianças e aumentar a venda, as mesmas estratégias podem ser utilizadas para levar as crianças e os seus familiares a adotar comportamentos saudáveis. Ou seja, é proposto um melhoramento das embalagens dos alimentos a promover, de forma que estas sejam apelativas para as crianças, incentivando-as a escolher produtos com um maior valor nutricional (para revisão, ver Santos et al., 2018).

Para além da lei relativa à publicidade, têm sido implementadas outras medidas que visam contribuir para a diminuição do consumo de açúcar. Por exemplo, em 2016, o Ministério da Saúde criou um protocolo com a Associação Portuguesa das Empresas de Distribuição em que foi estabelecida a redução do volume dos pacotes individuais de açúcar, de um máximo de oito gramas, para um limite de cinco a seis gramas. Para 2019, está prevista uma nova redução da gramagem dos pacotes de açúcar (<https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/07/18/juntos-contra-o-acucar/>). Outro exemplo é a limitação de produtos prejudiciais à saúde nas máquinas de venda automática disponíveis nas instituições do Ministério da Saúde (e.g., centros de saúde, hospitais). Segundo esta lei, não é permitido estes estabelecimentos venderem alimentos como refrigerantes, bolos, ou bolachas com um teor de açúcar superior a 20% (Despacho n.º 7516 – A/2016, Diário da República). Organizações internacionais como a OMS têm vindo a sugerir a necessidade de alterar a oferta e a procura de alimentos e bebidas açucaradas, dificultando o acesso a estes alimentos de má qualidade nutricional. A taxação sobre determinado tipo de alimentos e bebidas com menor valor nutricional é uma das várias possibilidades sugeridas por esta organização e que tem vindo a ser adotada a nível internacional não só para dificultar o acesso, como para

incentivar a reformulação da oferta (PNPAS, 2016). A evidência mostra que a política de preços constitui uma ferramenta para a promoção da alimentação saudável, verificando-se diversos exemplos de alterações nos padrões de compra e consumo associados a políticas de regulação de preços. Neste sentido, em Portugal, o Orçamento de Estado para 2017, criou um novo Imposto Especial sobre o Consumo que incidiu sobre bebidas adicionadas de açúcar ou outros edulcorantes, tais como refrigerantes, bebidas energéticas, águas aromatizadas e ainda concentrados de bebidas, sobre a forma de xarope ou pó, que se destinem à preparação de bebidas semelhantes às referidas. A redução no volume de açúcar ingerido através deste tipo de bebidas em 2017 foi superior ao valor total de redução verificada, através de mecanismos de educação e autorregulação, entre os anos de 2013 e 2016 (Ministério da Saúde, 2018).

Tal como o governo e os seus órgãos, existem outras entidades cujo envolvimento em intervenções também é muito importante, nomeadamente, as escolas. As crianças passam uma grande parte do seu tempo nas escolas, sendo este um bom local para intervenções de educação alimentar. Para além disto, neste ambiente, as crianças estão predispostas para a aprendizagem, sendo que é provável que confiem na informação que acompanha os manuais escolares. Acresce que a intervenção na escola permite abranger um grande número de crianças num curto espaço de tempo, conseguindo-se englobar tanto as crianças como as suas famílias, de todos os estratos socioeconómicos (para revisão, ver Santos et al., 2018). Assim, em Portugal, existe uma circular como as orientações sobre ementas e refeitórios escolares para que todas as crianças tenham acesso a refeições nutricionalmente equilibradas, saudáveis e seguras, independentemente do estatuto económico das suas famílias (Ministério da Educação, 2018). A integração das escolas no Regime de Fruta Escolar também serve de incentivo a mudanças na alimentação, uma vez que há oferta de fruta ou produtos hortícolas e os professores são incentivados a desenvolver atividades com os seus alunos relacionadas com alimentação saudável. No entanto, a adesão a este regime só atinge ainda cerca de metade dos alunos do 1º ciclo do ensino básico. A distribuição de leite nas escolas também é uma ajuda na educação alimentar das crianças, uma vez que, tal como o Regime de Fruta Escolar, proporciona alimentos saudáveis, contribuindo também para o combate à obesidade. O facto de ser leite achocolatado ainda traz alguma controvérsia, embora esteja também disponível leite simples. Seria útil a existência de promoção do leite simples junto das crianças, incentivando-as a escolher esta opção para o seu lanche (para revisão, ver Santos et al., 2018).

As intervenções de base populacional poderão contribuir para a redução do consumo de açúcar. Existem além disso fatores de carácter individual (e.g., estratégias parentais) muito relevantes para a alimentação das crianças, que merecem também ser referidos.

Influência dos Pais na Alimentação das Crianças e Aprendizagem

Como já foi referido, os determinantes da alimentação das crianças são maioritariamente externos a elas (i.e., que não dependem delas próprias). Tendo em conta que os comportamentos de escolha são também aprendidos, é de ressaltar que os pais moldam significativamente as primeiras experiências das crianças com a alimentação, proporcionando não apenas o seu legado genético, mas determinando também em grande medida, sobretudo nos primeiros anos de vida, o ambiente em que as crianças se desenvolvem (Savage, Fisher, & Birch, 2007). Os padrões alimentares das crianças desenvolvem-se nas primeiras interações sociais relacionadas com a alimentação, sendo os pais agentes cruciais neste processo (Coelho et al., 2017). Assim, elas estão prontas para aprender a comer os alimentos que compõem a dieta adulta da sua cultura, e a sua capacidade de aprender a aceitar uma ampla gama de alimentos é notável, especialmente dada a diversidade de padrões alimentares em todos os grupos culturais. Os pais selecionam os alimentos da dieta da família, servem como modelos de alimentação, que as crianças aprendem a imitar, e usam práticas para incentivar nas crianças o desenvolvimento de padrões e comportamentos alimentares culturalmente apropriados. A literatura apoia que a preferência e os padrões de consumo das crianças são, em grande parte, um reflexo dos alimentos que, para elas, são familiares (Savage et al., 2007).

Fitzgibbon, Stolley, Dyer, VanHorn e KauferChristoffel (2002) também apoiam que os comportamentos relativos à alimentação são estabelecidos na infância e modelados pelos membros da família. Os pais têm uma grande influência nos padrões e preferências alimentares das suas crianças (Klesges et al., 1983), seja através da variedade e frequência de alimentos servidos às crianças, decisões de compra, preparação da comida ou controlo da acessibilidade de alimentos (Fisher & Birch, 1995); através de incentivos e encorajamentos para as crianças comerem (Klesges et al., 1983); ou seja através da observação por parte das crianças do comportamento alimentar dos pais, irmãos ou outros no seu contexto social (Birch & Fisher, 1998).

No entanto, no que diz respeito aos incentivos, segundo Birch, Marlin e Rotter (1984), persuadir uma criança a consumir um determinado alimento ao oferecer uma recompensa

(e.g., poder ver televisão depois de comer os vegetais) poderá levar a que a criança goste menos desse alimento. Embora esta técnica possa aumentar o consumo do alimento enquanto a recompensa está em jogo, o resultado final é uma mudança negativa na preferência da criança, reduzindo a probabilidade de esta o consumir quando a recompensa é removida. Esta observação é relevante visto que esta estratégia é comumente utilizada por pais ao tentar encorajar as crianças a comer alimentos saudáveis ou ao tentar controlar o consumo de alimentos não saudáveis, geralmente, com elevados níveis de açúcar e gordura (Birch, 1998). Ventura, Gromis e Lohse (2010) apoiam esta ideia no seu estudo qualitativo com crianças em idade pré-escolar, afirmando que o uso de recompensas (podendo estas ser ou não alimentos) pelos pais é frequente como forma de pressionar ou encorajar os filhos a comer tanto alimentos novos como já familiares. Quando as recompensas eram alimentos, os alimentos doces predominavam (sumos, doces, etc.).

Quanto aos efeitos de modelagem resultantes da observação, Birch e Fisher (1998) defendem que as preferências alimentares das crianças podem ser moldadas através da observação dos padrões de seleção alimentar e dos comportamentos alimentares dos pais. Principalmente em famílias que têm como problemas proeminentes a obesidade, a adesão a dietas e o controlo do peso, a alimentação das crianças pode ser influenciada pelos comportamentos alimentares dos pais, tais como a restrição alimentar (Birch & Fisher, 1998) ou a “desinibição alimentar” (Cutting, Grimm-Thomas, & Birch, 1997). Este último comportamento alimentar define-se como a tendência para comer em demasia como resposta a diferentes estímulos, sejam eles a disponibilidade de alimentos apetecíveis ou *stress* emocional (Hays & Roberts, 2008).

Coelho e colaboradores (2017) acrescentam ainda que os pais adotam práticas de controlo e incentivo alimentar que influenciam a alimentação dos filhos, no sentido de aumentar ou diminuir a sua ingestão. A primeira prática que as autoras referem na sua revisão é a pressão para comer, utilizada para incrementar a ingestão de alimentos (a pressão para o consumo de laticínios, fruta e hortícolas pode ser explicada pela percepção dos pais de aquilo que é uma alimentação saudável). No entanto, esta prática pode ter o efeito inverso, diminuindo o IMC das crianças, a ingestão de alimentos em geral e de fruta e hortícolas em especial. Esta estratégia pode também condicionar uma aversão ao alimento incentivado, fazer com que a criança se sinta saciada mais depressa e diminuir o prazer da criança pela alimentação.

A segunda prática é a restrição que, apesar de limitar um alimento ou um grupo alimentar (e.g., doces), está associada a um aumento de peso da criança. Ao contrário da

estratégia anterior, esta provoca uma maior atração da criança pelo alimento limitado, podendo promover um consumo excessivo quando o alimento está disponível. Para além disto, pode provocar nas crianças pensamentos contraditórios, uma vez que os alimentos menos saudáveis são geralmente os mais restringidos, mas são também os mais oferecidos em momentos agradáveis de socialização e celebração, como festas (para revisão, ver Coelho et al., 2017). Estas autoras apoiam ainda que o conhecimento destas práticas parentais de controlo alimentar e as suas consequências e relação com o peso das crianças deve ser valorizado e tido em conta aquando da implementação de intervenções para prevenir e tratar a obesidade infantil.

O ambiente doméstico é, portanto, um dos cenários mais importantes para o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis das crianças (Nepper & Chai, 2016) e, juntamente com as interações pais-filhos, pode afetar comportamentos relacionados com o risco de obesidade. Por exemplo, ver televisão durante o jantar afeta negativamente o consumo de frutas e vegetais das crianças (Liang, Kuhle, & Veugelers (2009). Fatores como o hábito de comer fora também influenciam a qualidade geral da dieta das crianças (Ebbeling et al., 2002). De facto, segundo Zoumas-Morse, Rock, Sobo e Neuhouser (2001), as crianças consomem 55% mais energia quando as refeições são consumidas em restaurantes, comparando quando são realizadas em casa.

Para alcançarem o objetivo de promover uma alimentação saudável em casa, os pais desenvolvem diversas estratégias para superar alguns desafios que se colocam. Num estudo qualitativo realizado com pais de crianças (entre os 6 e os 12 anos) com peso normal ou com excesso de peso, foram evidenciadas várias dificuldades sentidas pelos pais ao tentarem promover bons hábitos alimentares nos seus filhos (Nepper & Chai, 2016). As principais barreiras identificadas pelos pais e estratégias para lidar com elas foram:

a) A falta de tempo devido a trabalharem muitas horas ou devido a atividades extracurriculares dos filhos e o cansaço resultante de horários muito exigentes, para a qual uma das estratégias era planear as refeições com antecedência;

b) O preço dos alimentos, sendo que percecionavam os produtos mais saudáveis como mais caros. Neste caso, as estratégias enunciadas foram o uso de cupões e ajuda dos vizinhos;

c) A insistência dos filhos para comerem comida não saudável, para a qual a solução fácil seria ceder, no entanto, as estratégias usadas eram a negociação e a explicação das consequências desses alimentos;

d) A resistência/inflexibilidade dos filhos a experimentarem alimentos novos ou a apreciarem alimentos variados, problema para o qual a estratégia indicada foi pedir a participação das crianças na escolha dos alimentos; e, por último,

e) A exposição precoce das crianças a alimentos não saudáveis que influencia as suas escolhas alimentares futuras. Para esta situação, os pais reforçaram que o importante era inculcar nos filhos bons hábitos alimentares o mais cedo possível, ter alimentos saudáveis acessíveis e expô-los a vários alimentos diferentes.

Estas barreiras e respetivas estratégias foram comuns aos pais de crianças com peso normal e aos pais de crianças com excesso de peso. No entanto, houve um desafio referido pelos pais de crianças com excesso de peso, que não foi mencionado pelos pais de crianças com peso normal: a falta de apoio dos/as parceiros/as na implementação e manutenção de uma alimentação saudável. Estes pais reportaram que era bastante difícil estarem em sintonia com os/as parceiros/as e que, frequentemente, estes desestabilizavam o trabalho de manter bons hábitos alimentares ao levar os filhos a comer fora ou ao comprar alimentos não saudáveis, problema para o qual não tinham estratégia ou solução.

Tal como existe uma clara influência dos pais nos hábitos alimentares das crianças, as crianças também têm uma influência nas compras domésticas diárias (e.g., *snacks*, doces e produtos de pequeno-almoço), bem como na escolha de restaurantes dos pais. Isto porque as crianças também são consumidores que têm preferências, procuram satisfazê-las, fazem escolhas e avaliam os produtos que escolhem (para revisão, ver Valkenburg & Cantor, 2001). Segundo estes autores, o desenvolvimento do comportamento de consumo ocorre em quatro fases e, em cada uma delas, surge uma das características do consumidor. Deste modo, sugerem que um bebé dos 0 aos 2 anos já tem preferências claras, sendo umas inatas (e.g., preferência por substâncias doces e preferência por cores fortes) e outras formadas posteriormente. Durante esta fase, as crianças começam a ser expostas a vários produtos, a pegar neles nos supermercados e pedir aos pais para comprarem e a ter também a capacidade de reconhecer produtos dos anúncios nos supermercados.

Na seguinte fase (dos 2 aos 5 anos), as crianças ainda não conseguem distinguir entre a fantasia e a realidade e tomam como verdadeira toda a informação transmitida nos anúncios, para além de não os distinguirem completamente de programas de televisão propriamente ditos. Não têm capacidade/estratégias para resistir à tentação de um estímulo atrativo, o que conduz às birras para obterem o produto que desejam. Mais tarde, começam a substituir as birras pela capacidade de negociar e persuadir os pais a concretizar os seus desejos.

As crianças na seguinte fase (5 aos 8 anos) apresentam muitas características semelhantes às da fase anterior, embora já vão conseguindo perceber que as personagens animadas não são reais. As crianças em fase escolar têm uma capacidade de atenção também bastante maior. Começam também a ir em busca da sua autonomia, iniciativa e confiança (Erikson, 1980). Tipicamente, é nesta fase que as crianças fazem a sua primeira compra, acompanhados pelos pais (embora isto possa variar dependendo da cultura), e começam a comprar independentemente também.

Na última fase (8 aos 12 anos), a opinião dos pares começa a ter uma grande influência no comportamento de consumo das crianças e a moda começa a ser tida em conta. Nesta fase, têm uma maior atenção ao detalhe, preferindo características complexas em vez de apenas cores garridas, e comparam e avaliam de forma crítica os produtos. Para além disto, começam a ter muito mais interesse por cenários reais, animais reais, celebridades, etc. Nesta idade, as crianças começam a pedir com menos frequência produtos vistos em anúncios, a apresentar consistência nas marcas que preferem, aperfeiçoam as capacidades de negociação e influenciam ainda mais as compras do agregado familiar. Em resumo, as crianças com 12 anos já contactaram com todos os aspetos do seu comportamento de consumo, ainda que de uma forma superficial.

Para além do ambiente doméstico, o ambiente escolar é também uma fonte de muita aprendizagem. O uso de doces como recompensa feito pelos pais já foi mencionado, mas, na verdade, este uso, tanto como forma de recompensar crianças como de as acalmar, é frequente na sociedade em geral e acaba por influenciar o consumo de açúcar das mesmas. Estas estratégias baseiam-se nos princípios do condicionamento operante (Skinner, 1963), em que os doces funcionam como um reforço de um comportamento desejado. No caso de serem usados para acalmar, durante, por exemplo, uma birra num supermercado, os doces acabam frequentemente por reforçar esse comportamento, condicionando a criança a continuar a fazer birras nessas situações (Bull & Solity, 1987).

No estudo de Burnett (1994) esta questão foi analisada através de questionários e entrevistas em várias escolas britânicas, tanto de ensino regular como de ensino especial (de crianças com dificuldades físicas e/ou comportamentais). Embora algumas escolas tivessem regras acerca do consumo de doces trazidos de casa (fosse a proibição total, parcial ou restrição), os doces eram usados ocasionalmente como recompensa pelo trabalho ou comportamento por 41% dos professores ou outro *staff* das escolas. Demonstrou-se que nas escolas de ensino especial, o uso de doces e outras recompensas (e.g., verbais, autocolantes) era significativamente maior e que, nas escolas de ensino regular, o uso de doces como

recompensa era muito mais frequente em crianças dos 5 aos 7 anos. Para além de usados como recompensa, 7% do *staff* das escolas reportou usar doces para acalmar as crianças. As justificações para tal centraram-se no preço, na eficácia, nas políticas da escola e no facto de as crianças consumirem muitos doces e, portanto, os que se dão na escola serem negligenciáveis. O autor especulou que o uso de doces nas escolas pudesse ser uma generalização da norma social relativa às pessoas mais velhas darem doces a crianças como demonstração de afeto. Além destas situações específicas, 83% do *staff* reportou dar doces em ocasiões especiais (e.g., dias de atividades desportivas, Natal, aniversários). Este uso dos doces nas escolas contribui para a frequência de ingestão destes alimentos e para o aumento da sua desejabilidade devido à aprovação implícita dos professores e à associação destes alimentos ao elogio, conforto e realização.

Em resumo, os comportamentos alimentares começam a formar-se na infância, tendo os pais uma grande influência no processo. A preparação e cedência de alimentos, as estratégias de controlo e/ou incentivo alimentar, os efeitos da modelagem e as práticas em geral no ambiente doméstico têm um grande impacto nas escolhas e padrões alimentares das crianças. Tal como todo este ambiente influencia as crianças, estas também o influenciam, mudando-o e adaptando-o às suas necessidades e preferências. À semelhança do ambiente doméstico, o ambiente escolar também é extremamente relevante e influente no comportamento alimentar das crianças, ensinando-as e moldando este comportamento. Assim, estratégias como o uso de alimentos como recompensa, tal como utilizados pelos pais, têm efeitos negativos no futuro.

Objetivo do Presente Estudo

Tendo em conta as evidências revistas, torna-se clara a relevância de estudar os hábitos e preferências alimentares de crianças e o ambiente em que estes hábitos têm lugar. Torna-se também pertinente fazer este estudo com mães e pais portugueses visto que a prevalência de excesso de peso nas crianças de diferentes idades em Portugal é superior à média dos países da OCDE. Acresce também a percentagem alarmante de crianças cujo consumo de açúcares livres é superior ao recomendado pela OMS.

Deste modo, o objetivo deste estudo foi o de perceber quais são as estratégias de controlo e incentivo alimentar utilizadas pelos pais, quais as suas percepções acerca do açúcar e quais as suas percepções sobre as diferentes formas de regular o consumo do mesmo junto dos seus filhos. O foco nas idades selecionadas para este estudo (dos 6 aos 10 anos, aproximadamente, idades em que frequentam o primeiro ciclo do ensino básico) deve-se ao

facto de não terem ainda total autonomia na escolha da sua alimentação e à presença forte dos dois contextos principais (doméstico e escolar) na vida destas crianças, que interagem entre si, influenciando o comportamento alimentar da criança.

O recurso à metodologia qualitativa poderá ajudar a compreender com maior profundidade as práticas parentais adotadas e as noções subjetivas dos participantes sobre os temas abordados. Este método ajuda também a perceber o ambiente doméstico que envolve a criança, contextualizando assim as práticas e percepções dos pais.

Capítulo II. Método

Participantes

Colaboraram voluntariamente neste estudo pais e mães de crianças a frequentar o 1º ciclo de escolaridade (com idades entre os 6 e os 10 anos, aproximadamente). Os participantes foram recompensados no final de cada entrevista com um vale no valor de 10€ do Pingo Doce.

A amostra final consistiu em 44 indivíduos (31 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 30 e os 54 anos ($M = 40,89$; $DP = 4,82$). Todos os participantes eram de nacionalidade portuguesa à exceção de um, cuja nacionalidade era espanhola. Existiram também dois participantes que indicaram ter dupla nacionalidade, sendo uma russa e outra norte-americana. O Quadro 2.1. resume alguns dados sociodemográficos dos participantes.

Quadro 2.1.

Dados sociodemográficos dos pais (n = 44).

Característica	Frequência (%)
Sexo	
Feminino	31 (70,46%)
Masculino	13 (29,54%)
IMC ^a	
<18,5	0
18,5-24,99	23 (52,27%)
>24,99:	
25,0-29,99	17 (38,64%)
30,0-34,99	3 (6,82%)
35,0-39,99	0
≥40	1 (2,27%)
Habilitações Literárias	
<Ensino Secundário	3 (6,82%)
Ensino Secundário	10 (22,73%)
Ensino Superior	23 (52,27%)
Missing	9 (18,18%)
Estilo Alimentar	
Omnívoro (sem restrições)	39 (88,64%)
Restrição de fritos e açúcar	1 (2,27%)
Dieta de perda de peso	3 (6,82%)
Restrição de hidratos	1 (2,27%)
Condições de Saúde	
Nenhuma	35 (79,55%)
Intolerância à lactose	6 (13,64%)
Intolerância ao glúten e lactose	1 (2,27%)
Asma	1 (2,27%)
Varizes, hérnia cervical e rinite alérgica	1 (2,27%)

^aSegundo as categorizações da WHO (2000), um valor de IMC ($\text{peso}/\text{altura}^2$) < 18,5 indica baixo peso; um valor entre 18,5 e 24,99 indica peso normal; um valor > 24,99 indica excesso de peso; um valor entre 25,0 e 29,99 indica pré-obesidade; um valor entre 30,0 e 34,99 indica obesidade classe I; um valor entre 35,0 e 39,99 indica obesidade classe II; e um valor ≥ 40 indica obesidade classe III.

Mais de metade dos participantes (59,5%) indicou serem os pais os únicos responsáveis por decidir as refeições dos filhos, sendo que 35,7% reportaram que partilhavam essa responsabilidade com os avós. Quanto à distribuição do número de filhos por participante, verificou-se que 26,19% tinha um/a filho/a, 61,91% tinha dois filhos/as e 11,91% tinha três filhos/as. No entanto, para o propósito deste estudo e na análise em diante, apenas se considerarão as crianças que frequentem o primeiro ciclo, ou seja, com idades compreendidas, aproximadamente, entre os 6 e os 10 anos ($M = 7,94$; $DP = 1,23$), $n = 47$. O Quadro 2.2. ilustra as informações acerca das crianças do 1º ciclo.

Quadro 2.2

Dados sociodemográficos das crianças (n = 47) a frequentar o 1º ciclo.

Característica	Frequência (%)
Sexo	
Feminino	21 (44,68%)
Masculino	26 (55,32%)
IMC ^{b,c}	
< 3º	7 (14,89%)
3º	5 (10,64%)
15º	8 (17,02%)
50º	12 (25,53%)
85º	7 (14,89%)
97º	8 (17,02%)
Ano de Escolaridade	
1º Ano	12 (25,53%)
2º Ano	8 (17,02%)
3º Ano	10 (21,28%)
4º Ano	7 (14,89%)
Missing	10 (21,28%)
Estilo Alimentar	
Omnívoro (sem restrições)	43 (91,49%)
Restrição de fritos e açúcar	2 (4,26%)
Flexitariano	1 (2,13%)
Restrição de lactose	1 (2,13%)
Condições de Saúde	
Nenhuma	39 (82,98%)
Intolerância à lactose	5 (10,64%)
Rinite inflamatória e alergias	1 (2,13%)
Asma	1 (2,13%)
Dificuldades da fala	1 (2,13%)

^bPercentil de IMC das crianças calculado através de duas tabelas: uma para cada sexo (WHO, 2007a, 2007b).

^cMei e colaboradores (2002) definiram os valores de IMC (peso/altura² por idade) <15º percentil como baixo peso e os valores >85º percentil como excesso de peso nas crianças.

Os agregados familiares variavam entre 2 e 5 pessoas ($M = 3,83$; $DP = 0,87$), sendo que a maioria dos agregados (45,24%) eram compostos pelo pai, mãe e dois filhos. Em 21,43% dos casos, os participantes relatam a existência de apenas um dos progenitores no agregado familiar. Outros membros presentes em alguns agregados familiares são os novos

companheiros (7,14%), avós (7,14%) e, num dos casos, uma afilhada. Para além dos dados dos participantes, foram recolhidos dados acerca dos restantes adultos dos agregados familiares, verificando-se que a média de idades é semelhante à dos participantes ($M = 40,8$; $DP = 4,32$). O Quadro 2.3. resume alguns dados dos adultos dos agregados familiares excluindo os participantes do estudo.

Quadro 2.3.

Dados sociodemográficos dos restantes adultos dos agregados familiares (n = 35).

Característica	Frequência (%)
Sexo	
Feminino	11 (31,47%)
Masculino	24 (68,57%)
IMC	
<18,5	1 (2,86%)
18,5-24,99	20 (57,14%)
>24,99:	
25,0-29,99	12 (34,29%)
30,0-34,99	2 (5,71%)
35,0-39,99	0
≥40	0
Habilitações Literárias	
<Ensino Secundário	5 (14,29%)
Ensino Secundário	6 (17,14%)
Ensino Superior	16 (45,71%)
Missing	8 (22,86%)
Estilo Alimentar	
Omnívoro (sem restrições)	32 (91,43%)
Flexitariano	1 (2,86%)
Restrição de fritos e açúcar	1 (2,86%)
Dieta de perda de peso	1 (2,86%)
Condições de Saúde	
Nenhuma	30 (85,71%)
Hipertensão	3 (8,57%)
Colesterol e triglicéridos elevados	1 (2,86%)
Doença de Crohn	1 (2,86%)

Relativamente à percepção dos participantes em relação ao peso dos filhos (indicada numa escala de quatro pontos: Baixo Peso, Peso Normal, Excesso de Peso e Obesidade), foi realizada uma breve análise em que se relacionou a variável com o IMC das crianças. Verificou-se que 93,48% das crianças foram percecionadas como tendo peso normal pelo seu/sua respetivo/a pai/mãe. As exceções foram 3 crianças (todas elas com um valor de IMC situado no percentil 50º, ou seja, normal), 2 percecionadas como tendo baixo peso e 1 percecionada como tendo excesso de peso. Apesar destas percepções mostradas pelos participantes, verificou-se, através do cálculo do IMC, que apenas 20 crianças (do total de 47) se encontram dentro do peso normal, estando 12 abaixo e 15 acima.

Relativamente a exercício físico, constatou-se que os participantes, numa escala de 1 a 7, indicaram que realizam atividades ou brincadeiras (caminhadas, andar de bicicleta, jogar à bola, etc.) com a sua família com uma frequência acima do ponto médio ($M = 5,38$; $DP = 1,25$), $t(41) = 7,169$, $p < .001$ (comparação com o ponto médio da escala, 4).

Instrumentos

A recolha de dados junto dos participantes efetuou-se com base num guião de entrevista semiestruturada e um questionário sobre aspetos sociodemográficos construídos intencionalmente para esta investigação.

Guião de entrevista. A construção do guião assentou na revisão bibliográfica realizada acerca de hábitos alimentares e consumo de açúcar. O guião incluía 27 questões abertas divididas por cinco blocos (“Hábitos/Padrões Alimentares da Família”, “Hábitos/Padrões Alimentares da(s) Crianças: Casa & Escola”, “Compras”, “Açúcar” e “Intervenções”, ver Anexo A). Para além dos blocos de questões, no guião constava uma introdução inicial ao estudo e às condições da entrevista, que incluía a apresentação do entrevistador e um agradecimento aos participantes. Incluía também um bloco final de conclusão, onde se reservou algum tempo para que os participantes tivessem oportunidade de acrescentar alguma(s) ideia(s) sobre esta temática que não tivessem tido oportunidade de partilhar durante a entrevista e para agradecer a participação. No Quadro 2.4. encontram-se alguns exemplos de perguntas tipo do guião das entrevistas.

Questionário final. O questionário final (Anexo B) incluía questões sociodemográficas, nomeadamente sobre a nacionalidade, idade, peso, altura, habilitações literárias, profissão, estilo alimentar, condições de saúde e perceção relativamente ao peso próprio e dos outros elementos do agregado familiar. Adicionalmente, foram colocadas questões acerca da atividade física do agregado familiar (e.g., “Com que frequência faz brincadeiras ativas com a sua família [e.g. caminhadas, andar de bicicleta, jogar à bola, etc.]?”) e da(s) criança(s) em específico (e.g., “Atividades Físicas e Desportivas, Futebol, Ginástica, Ballet”).

Quadro 2.4.

Blocos do guião de entrevista e exemplos de questões

Blocos	Questões
1. Hábitos /Padrões Alimentares da Família	Habitualmente, quem é o responsável pela compra dos alimentos? Costumam preparar as refeições em casa? Se sim, quem costuma cozinhar? Costumam frequentar restaurantes em família? Se sim, de que tipo e quais as razões para escolher esses restaurantes?
2. Hábitos/Padrões Alimentares da(s) Criança(s): Casa & Escola	Podia contar-me um dia típico da alimentação da(s) criança(s)? Ou seja, pensando em todas as refeições, peço-lhe que indique (por alto) o que a criança costuma comer, se é em casa ou na escola. Lá em casa, há algum tipo de alimento “proibido” ou controlado? Se sim, que tipos? Como é que incentiva os/as seus/suas filhos/as a consumir alimentos que considera saudáveis/adequados?
3. Compras	Há algum tipo de produto que compre exclusivamente para a(s) criança(s)? Se sim, por favor dê exemplos desse(s) produto(s) e explique porque os escolhe. Imagine que a(s) sua(s) criança(s) lhe pede(m) no supermercado para comprar um alimento que não considera adequado o(s) seu(s) filho(s) comer(em). Como lida com a situação?
4. Açúcar	Qual a sua opinião sobre as crianças consumirem açúcar? Que tipos de alimentos/bebidas (i.e., classes de produtos) é que associa logo a açúcar? Na sua opinião, o consumo de açúcar tem algum impacto na(s) sua(s) criança(s) (tanto a curto como a longo prazo – no comportamento, na saúde, etc.)?
5. Intervenções	Na sua opinião, é importante definir estratégias para reduzir a quantidade de açúcar ingerida pelas crianças Portuguesas? O que poderia ser feito? Conhece alguma medida do governo português acerca desta questão? Se sim, concorda com essas medidas? Até que ponto acha que são eficazes?

Procedimento

Os participantes foram recrutados através de um processo de amostragem por conveniência, sendo que a identificação de potenciais participantes foi realizada por bola de neve, a partir de alguns contactos pessoais da equipa de investigação. É de referir que os entrevistadores não mantinham nenhum tipo de relação com os entrevistados. As entrevistas foram realizadas por dois entrevistadores distintos, sendo estes o autor principal e um investigador familiarizado com o projeto. Coube a cada um conduzir metade (21) das

entrevistas. Os pais foram entrevistados de acordo com os objetivos do estudo e questionados acerca dos hábitos e padrões alimentares da família/agregado familiar.

Os dados foram recolhidos através de entrevistas individuais, de duração média de 30 minutos. No final de cada entrevista foi passado o questionário sociodemográfico. Foram realizadas 42 entrevistas, sendo 40 individuais, com o pai ou a mãe da criança, e 2 onde estiveram presentes ambos os pais da criança. Nestes dois últimos casos, apenas um questionário foi preenchido por casal.

Antes de iniciar a entrevista, os participantes foram informados que o estudo fazia parte de um projeto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia acerca dos hábitos alimentares de consumidores em Portugal e que as entrevistas fariam parte de uma dissertação de Mestrado do ISCTE-IUL. Foram também informados que o estudo seria conduzido em conformidade com as normas éticas vigentes. De seguida, foi apresentado o consentimento informado (Anexo C) onde foi explicado que a entrevista seria gravada (formato áudio), que a participação era voluntária e que as respostas eram anónimas e confidenciais e os participantes podiam desistir da entrevista a qualquer momento.

Os participantes assinaram o consentimento informado antes do início da entrevista e foram informados de que, no final da mesma, seriam recompensados com um cartão presente Pingo Doce. As entrevistas foram marcadas consoante a disponibilidade dos participantes e foram conduzidas maioritariamente em casas particulares e escolas da zona metropolitana de Lisboa e do concelho de Sintra, e em clubes de basquetebol da área da grande Lisboa (Algés, Cruz Quebrada e Carnide).

A recolha de dados decorreu durante o mês de Abril de 2019, cessando depois de se ter atingido a saturação teórica (Glaser & Strauss, 1967), ou seja, quando deixou de surgir informação ou dados novos nas entrevistas. De seguida, foram transcritas todas as entrevistas e criada uma base de dados com a informação dos questionários sociodemográficos.

Estratégia Analítica

Os dados sociodemográficos obtidos a partir dos questionários serviram essencialmente para a caracterização dos participantes. Os dados provenientes das entrevistas foram analisados recorrendo ao programa NVivo (versão 12), através de análise temática. Segundo Braun e Clarke (2006), a análise temática deve seguir seis passos, que foram seguidos neste estudo. A primeira fase do processo de análise consiste na familiarização com os dados. Esta familiarização já tinha, em grande parte, sido feita através da transcrição dos

áudios das entrevistas, a qual foi complementada pela leitura ativa de forma a conhecer em profundidade os dados.

A segunda fase caracteriza-se pela criação de categorias para codificar a informação, de maneira a organizar os dados e apurar padrões e semelhanças entre eles. Esta fase teve início com a criação de uma árvore de categorias (Anexo D) e definição das categorias integrantes (Anexo E). Este processo foi maioritariamente ancorado nos dados, num processo essencialmente indutivo, havendo algumas categorias excecionais que emergiram da Teoria COM-B (Michie et al., 2011). De seguida, realizou-se a codificação, em duas rondas, de 10% das entrevistas segundo a árvore de categorias criada, o que levou à alteração e aperfeiçoamento da mesma. Neste processo, estes 10% foram codificados por dois juízes, o autor principal e outro juiz familiarizado com o projeto e com o quadro conceptual, resultando numa percentagem de acordo de 71,58% na primeira ronda e de 84,61% na segunda ronda. Todos os desacordos que surgiram neste processo foram resolvidos por consenso. Esta codificação foi feita através do *software* NVivo.

Posteriormente, a terceira fase dá-se quando toda a informação inicial está codificada e se inicia uma busca por temas relevantes mais abrangentes que possam incluir várias das categorias iniciais. Nesta etapa, faz-se uma análise interpretativa dos dados e das categorias, de forma a encontrar semelhanças ou diferenças entre elas e fundi-las em temas que correspondam aos objetivos do estudo que, posteriormente, serão analisados. Assim, a partir das 24 categorias com informação, foram criados seis temas. Dá-se lugar também a alterações e redefinições durante este processo. Na quarta fase, Braun e Clarke (2006) sugerem que deve ocorrer um aperfeiçoamento dos temas candidatos definidos na fase anterior: uns fundem-se, outros separam-se e outros são descartados por não terem informação suficiente para serem analisados. Assim, fez-se uma leitura das unidades de análise de cada tema de maneira a confirmar se estes formam um padrão coerente (no caso de não formarem, devem ser feitas alterações: criar um novo tema, remover excertos que não encaixem em determinados temas, etc.). Neste caso, os seis temas iniciais converteram-se em cinco, devido à fusão de dois deles (Estratégias de incentivo e Estratégias de controlo) num tema que passou a englobar ambos os tipos de estratégias (Estratégias de regulação alimentar). No momento final desta fase, confirmou-se se os temas criados e finalizados representavam adequadamente a informação presente nos dados e os objetivos do estudo, visto que é suposto que os mesmos contem uma história coerente sobre os dados recolhidos.

Através desta análise e de acordo com os objetivos do estudo, foi possível apurar cinco temas nos discursos dos participantes das 42 entrevistas:

- (1) Hábitos alimentares gerais: Este tema inclui descrições de hábitos relacionados com a alimentação dos participantes e dos seus agregados familiares. Os participantes referiram os seus hábitos e percepções referentes à compra e confeção de alimentos, a comer (de) fora e às alterações que sentiram na alimentação após ter filhos, e demonstraram as suas crenças relativamente ao que é uma alimentação saudável ou não saudável;
- (2) Hábitos alimentares da criança: Engloba descrições e percepções dos participantes acerca dos hábitos alimentares das suas crianças. Os entrevistados descreveram a alimentação dos seus filhos tanto no ambiente escolar como no doméstico, assim como as suas preferências e os alimentos exclusivamente comprados para eles e identificaram os determinantes da alimentação dos seus filhos;
- (3) Estratégias de regulação alimentar: Este tema inclui a descrição das estratégias que os participantes desenvolveram para incentivar os alimentos que consideram saudáveis e adequados e para controlar ou regular o consumo de alimentos que consideram não saudáveis e, em específico, de açúcar/alimentos açucarados dos seus filhos. Inclui ainda a percepção dos participantes da dificuldade de controlar o consumo de açúcar e a identificação das barreiras e dos facilitadores que dificultam ou facilitam este controlo;
- (4) Percepções sobre o açúcar: Este tema inclui as atitudes e percepções relacionadas com o consumo de açúcar, bem como a identificação de marcas e produtos que os participantes consideram ter um elevado ou baixo teor de açúcar. Para além disto, inclui as fontes de informação que os informam acerca de assuntos relacionados e as suas crenças sobre as consequências do consumo de açúcar;
- (5) Intervenções: Abrange o conhecimento e atitudes dos participantes face à existência de intervenções a nível nacional com o objetivo de reduzir o consumo de açúcar das crianças em geral e face às intervenções já existentes. Para além disto, inclui as propostas de intervenções sugeridas pelos participantes para adereçar esta temática.

Após a definição do mapa temático, iniciou-se a penúltima fase, cujo objetivo foi determinar quais seriam os temas a integrar a interpretação e análise final e definir eventuais subtemas. Foi também necessário nomear ditos temas e subtemas de acordo com a “história” que estes contam e perceber que relação tinham entre si e com os objetivos. A sexta e última fase foi a escrita da análise temática final apresentada de maneira simples, concisa, coerente e lógica, a qual será apresentada no capítulo seguinte (i.e., Resultados).

No próximo capítulo estamos interessados em explorar a diversidade de percepções, opiniões e crenças sobre os diferentes temas e não necessariamente em retratar quantos indivíduos expressam uma determinada crença ou percepção (abordagem frequencista). Ainda assim, é importante referir que, quando se menciona uma “maioria”, neste caso, pretende-se retratar pelo menos 70% da amostra (i.e., 31 participantes ou mais), sendo que a expressão “esmagadora/grande maioria” se refere a mais de 80% da amostra (i.e., 36 pessoas ou mais).

Capítulo III. Resultados

Hábitos Alimentares Gerais

Mais de metade dos participantes referiu que a mãe era a principal responsável pela compra e confeção dos alimentos, sendo que na compra era mais frequente ter a colaboração do parceiro. Alguns pais referiram também a participação das crianças aquando da tomada de decisão das refeições, isto é, em alguns casos, os filhos ajudavam a escolher o que comer a uma determinada refeição. Quanto a comer fora ou encomendar/ir buscar refeições, foi mais frequente os participantes referirem que tal acontecia ao fim de semana, no entanto, as respostas “frequentemente” e “raramente” também foram referidas por bastantes participantes. De acordo com os dados, os restaurantes mais referidos foram os de *fast food* e os de comida tradicional portuguesa, sendo a razão da escolha das refeições de *fast food* a preferência das crianças:

“No fórum, quando vamos por esse motivo ao fórum, é porque os miúdos querem comer McDonald’s. É sempre McDonald’s que eles querem.” (Mãe de gémeos de 7 anos)

Outros fatores comuns determinantes da decisão de comer fora foram o preço e a preferência/gosto da família.

“Normalmente é pela comida. Quando gostamos... Claro que temos também atenção ao preço mas o fundamental é gostar.” (Mãe de criança de 7 anos)

O tipo de alimento mais encomendado foi o frango assado, sendo o fator fulcral para essa escolha a conveniência. A maioria dos participantes afirmou também que os seus hábitos alimentares e os dos seus agregados mudaram de alguma forma depois do nascimento da(s) criança(s). Assim, a mudança mais referida foi a existência de mais sopa em casa, isto é, terem sempre sopa às refeições. Outras alterações também frequentemente referidas foram a existência de horários fixos para as refeições e um maior equilíbrio da dieta.

“Mas antes de ter filhos, completamente, íamos comer a qualquer hora, não havia hora de almoço, não havia hora de jantar.” (Pai de criança de 6 anos)

Nas entrevistas, frequentemente, foram referidas crenças acerca de tipos de alimentos e hábitos saudáveis e não saudáveis. Deste modo, foi demonstrada por vários participantes a crença de que a ausência de fritos é saudável e, portanto, que esse tipo de alimentos não é saudável.

“Nós comemos preferencialmente saudável, não faço fritos, não uso fritadeiras.” (Mãe de gémeos de 9 anos)

Para além da ausência de fritos, o alimento mais referido como saudável foi a fruta.

Hábitos Alimentares da Criança

Mais de metade dos participantes referiu que os seus filhos “comiam bem”, ou seja, comiam de tudo. Apesar disso, quase todas as crianças apresentavam algumas particularidades no que diz respeito às suas preferências alimentares.

“...ele come muito bem tudo. Eu chamo-lhe aspirador porque ele aspira tudo.” (Mãe de criança de 6 anos)

Embora esta tenha sido a resposta mais frequente, houve ainda uma parte considerável que percecionava os filhos como não comendo bem de todo, ou seja, como não aceitando alimentos variados e rejeitando vários alimentos ou grupos de alimentos.

“É esquisita, não come assim tão bem.” (Mãe de criança de 6 anos)

Os alimentos mais referidos como sendo preferências das crianças foram a fruta (tendo sido as mais referidas maçã, banana, pêra, manga e morango), peixe (e.g., cozido e grelhado), refrigerantes (e.g., Ice Tea e Coca-Cola), sumos (e.g., Compal e Compal Essencial), e menos frequentemente, doces e salada. Por outro lado, os alimentos mais frequentemente referidos como os que as crianças menos gostam foram legumes (tendo sido os mais referidos brócolos, cenoura e cebola), sopa, doces e queijo.

Relativamente à alimentação do dia a dia das crianças, esta é composta, regra geral, por quatro a cinco refeições (i.e., pequeno-almoço, almoço, um ou dois lanches e jantar). Num dos casos, a alimentação diária incluía também uma ceia. Durante a semana, a esmagadora maioria das crianças almoçava na escola, sendo que apenas duas levavam comida de casa. Relativamente aos lanches, a maioria dos pais mandava de casa o lanche completo ou, pelo menos, um reforço/complemento ao lanche oferecido pela escola. Os alimentos que os pais indicaram enviar para a escola com maior frequência foram sandes, geralmente de manteiga, queijo, fiambre ou doce, peças de fruta, bolachas, pacotes de leite (simples ou achocolatado) e pacotes de sumo. Quanto à oferta escolar, a maioria dos participantes tinha uma opinião positiva em relação aos alimentos disponibilizados pelas escolas dos filhos, aos quais tinham acesso através das ementas. Alguns pais mencionaram ainda que as ementas das escolas dos filhos eram realizadas por profissionais de saúde como nutricionistas. Os pais que tinham uma opinião negativa em relação à mesma, referiram razões como a existência de fritos (e.g., douradinhos, croquetes), comida processada, má qualidade de alimentos e má confeção dos mesmos.

“E acho que o peixe é sempre tudo frito, pode ser no forno, mas é douradinhos, é aquela coisa processada que não é peixe a sério e pronto, não estou muito contente, sobretudo porque acho que a escola é uma coisa boa...” (Mãe de criança de 7 anos)

Ainda relacionado com as escolas, verifica-se que em algumas existem regras ou recomendações dirigidas aos alimentos provenientes de fora da escola (e.g. almoços ou lanches enviados de casa), sendo que noutras não. Das escolas que foram referidas como tendo regras ou recomendações (metade), o mais comum foi apresentarem recomendações em vez de regras formais e serem dadas por alguns professores (não pela escola em si). Estas recomendações baseavam-se sobretudo no incentivo ao consumo de fruta e no desincentivo ao consumo de alimentos como “Bollycaos”, chocolate, batatas fritas, bolachas e bolos (e.g., donuts, bolas de Berlim). Um dos pais referiu, a este propósito:

“Portanto, há as reuniões habituais de final de período com a professora e, no início do ano escolar e no final do ano escolar com a escola toda e a diretora da escola, e há sempre advertências, quer da diretora ou da professora, porque há demasiados pais que mandam coisas processadas, pá, não vamos falar em marcas comerciais (...), por exemplo aquelas cenas da Panrico com chocolate no meio, nem sei como é que se chama aquilo, os Bollycaos. Epá, há pais que mandam isso todos os dias e a professora está-se sempre a passar com eles, não fala em nomes, mas “Os pais devem ter atenção, aqueles que mandam lanche, não mandar Bollycaos, tantos Bollycaos só faz mal aos meninos...” (Pai de criança de 9 anos)

Os pais referiram também alguns alimentos que compravam exclusivamente para as crianças, tais como os leites (achocolatados, sem lactose e meio gordo), os iogurtes (e.g., Mimosa, Danone, Yoggi), os cereais de pequeno-almoço (e.g., Chocapic, Estrelitas, Cornflakes), as bolachas (e.g., Maria) e os sumos (e.g., Compal). Quando questionados acerca das razões para escolher estes produtos, os pais indicaram maioritariamente a preferência dos filhos como a principal, tendo a conveniência também algum peso.

“É isso e, realmente, os leites, os pacotes de leite, seja achocolatado ou simples ou sumo, para levar para a escola por causa dos lanches.” (Mãe de criança de 8 anos)

É de referir ainda que a razão mais referida para a compra de leite sem lactose exclusivamente para as crianças foi a intolerância que algumas delas apresentam.

Estratégias de Regulação Alimentar

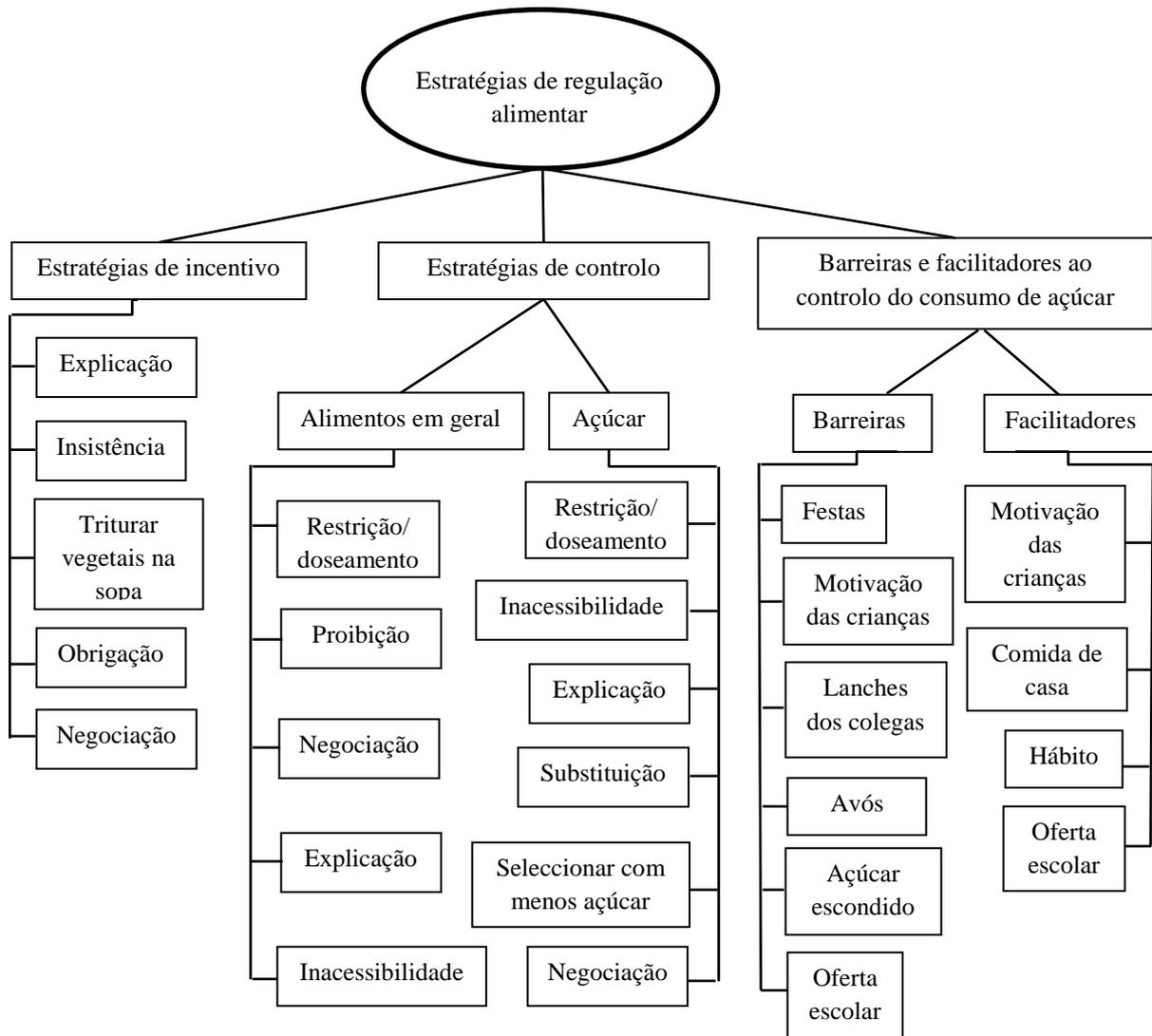


Figura 3.1. Mapa temático do tema “Estratégias de regulação alimentar” e os seus subtemas.

Estratégias de incentivo. Na sua interação com os seus filhos, quase todos os participantes tinham estratégias definidas para incentivar o consumo dos alimentos que acham necessários. Os alimentos que foram referidos pelos participantes como sendo mais incentivados foram os vegetais em geral.

Explicação. A estratégia mais utilizada para este efeito foi a explicação, que consiste em informar as crianças dos benefícios e importância dos alimentos.

“É mais uma vez evangelização, explicar que os vegetais são importantes.” (Pai de criança de 9 anos)

Insistência e exposição repetida. A segunda estratégia mais mencionada foi a insistência e exposição repetida, ou seja, pedir repetidamente às crianças para comerem um determinado alimento e continuar a expô-las a esse alimento, mesmo quando manifestaram anteriormente que não era da sua preferência.

“...mas se eu puser um feijão-verde cozido, vai ser muito difícil ele comer. Cenoura cozida ainda vá. É muito difícil. Já tentei... E nós os dois o que insistimos é “Então, não gostas, comes pelo menos um bocadinho”. Estamos ali horas para insistir que ele coma assim um bocadinho.” (Mãe de criança de 7 anos)

Triturar os vegetais na sopa. Outra estratégia que foi referida foi colocar e triturar os vegetais na sopa para que estejam disfarçados e seja mais fácil incluí-los na dieta das crianças.

Obrigação. Também muito mencionada foi a obrigação, isto é, forçar as crianças a comer aquilo que os pais acham necessário elas comerem.

“...mas é obrigatório, para comer o resto, tem de comer a sopa, se não comer a sopa, não come o resto, e depois ao pequeno-almoço tem a sopa do jantar. É um pouco radical, mas é a postura que temos em casa, para eles se habituarem a não saltar as... Porque se não é fácil dizer “Ah não me apetece”, “Não gosto”, e depois vão... Nós temos a regra em casa de a refeição é a sopa, o prato principal e depois a fruta, faz parte, não é negociável.” (Pai de criança de 9 anos)

Negociação. A última estratégia mais referida foi a negociação, i.e., tentar que as crianças comam o que os pais consideram adequado, chegando a um compromisso acordado por ambas partes.

“Pronto, então, geralmente, o que a gente faz é, quando ele diz “Ah, não gosto desta sopa”, “Então vá, comes menos, mas comes”. E a gente negocia o número de colheres até ao limite, eu digo 20, ele diz 10, e depois lá conseguimos chegar a 15, e ele come 15 colheres de sopa.” (Mãe de criança de 7 anos)

Estratégias de controlo. À semelhança das estratégias de incentivo, quase todos os participantes tinham estratégias definidas para controlar o consumo de alimentos que não consideram adequados. Os alimentos mais referidos como sendo controlados pelos pais foram os alimentos açucarados. Dentro dos alimentos açucarados, os referidos pelos pais como sendo mais regulados foram chocolates, doces, bolachas, gomas, cereais, refrigerantes e sumos. As estratégias mais utilizadas pelos participantes para controlar estes alimentos foram a restrição ou doseamento, a inacessibilidade, a explicação, a substituição, selecionar

com menos açúcar, e a negociação. Quanto aos alimentos não açucarados, os mais controlados são *fast-food*, as batatas fritas e os fritos em geral. Para estes últimos, as estratégias mais utilizadas foram a restrição ou doseamento, a proibição, a negociação, a explicação e a inacessibilidade, descritas em maior detalhe de seguida.

Restrição/Doseamento. A estratégia de controlo principal utilizada por mais de metade dos pais para regular o consumo tanto dos alimentos açucarados como dos restantes é a restrição ou doseamento, ou seja, só permitir o consumo desses alimentos em momentos específicos (determinados por eles, festas, datas especiais, fins de semana, dia sim dia não, etc.).

“Nós podemos decidir se é carne, se é peixe, mas, por exemplo, se for carne perguntamos “E que é que querem de acompanhamento: massa, arroz ou batatas fritas?”. Por norma, eles pedem batatas fritas e nós dizemos “Não, ontem foi batatas” ou “Anteontem foi batatas fritas, portanto, massa ou arroz?” e escolhem outra coisa.” (Pai de criança de 9 anos)

No caso da regulação do açúcar, foi comum os pais referirem que mantinham os alimentos açucarados guardados e só os disponibilizavam de vez em quando, que só os permitiam em dias de festa, aos fins de semana, em ocasiões em que iam comer a restaurantes, etc.

“Ice Tea, os dois do meio... Os dois mais velhos gostam e, quando vamos a restaurantes, são capazes de pedir, mas em casa não bebem, por isso, o restaurante é, pronto, quando eles têm essa possibilidade.” (Pai de criança de 9 anos)

“Aliás, elas tiveram agora duas festinhas seguidas e eu disse “Olhem, têm que intercalar”, porque ofereceram realmente um saco cheio de gomas, “Têm que intercalar os dias ou então comem no próximo fim de semana”. Tento sempre que seja, realmente, para estes dias mais festivos...” (Mãe de criança de 8 anos)

Proibição. A segunda estratégia mais utilizada para controlar alimentos não açucarados é a proibição, ou seja, não permitir o consumo ou a compra deste tipo de alimentos.

“Digo que não e acabou. Se insistem, o pai abre os olhos e acabou.” (Mãe de criança de 7 anos)

Negociação. A negociação é também uma estratégia muito utilizada para o controlo de certos alimentos. Esta estratégia consiste em tentar chegar a um acordo com a criança, apresentando-lhe condições ou outras opções que tornem a sua escolha menos prejudicial.

“Ou, no outro dia, por exemplo, decidiu antes ir ao Burger King, pronto, de vez em quando vamos fazendo assim uns negócios: “Ok, então podes comer, mas sem batatas fritas”. Pronto, vamos tentando assim.” (Mãe de criança de 7 anos)

Esta estratégia também é aplicada pelos participantes para o controlo do consumo de açúcar:

“...dizemos para ele escolher outros [cereais] dentro do que ele costuma levar e que têm menos açúcar.” (Pai de criança de 10 anos)

A distinção entre a estratégia da negociação e as estratégias de substituição e seleção de produtos com menos açúcar é o facto de, nesta, a escolha continuar a ser da criança, apesar de haver alguma interferência dos pais, enquanto nas outras, a criança não participa na escolha.

Explicação. Outra estratégia igualmente referida para controlar o consumo de alimentos considerados inadequados foi a explicação, ou seja, expor às crianças os malefícios dos alimentos, os benefícios de uma alimentação saudável e, essencialmente, dotar as crianças de informação para que possam fazer melhores escolhas.

“...eu tento explicar-lhes mesmo que aquilo lhes faz mal. Nesta altura, eu penso que eles já são capazes até de ver aquilo que é os hidratos de carbono e depois explicar o que é que lhes faz mal, de que forma é que aquilo sai do organismo, já conseguimos ter um bocadinho esta abordagem.” (Mãe de gémeos de 9 anos)

Esta estratégia, para além de ser utilizada pelos participantes para controlar alimentos não relacionados com açúcar e incentivar alimentos que consideram saudáveis, é utilizada para regular também o consumo de açúcar, isto é, como método de consciencialização dos seus filhos.

“Explico-lhe, digo que não, ou porque tem muito chocolate, ou porque tem muito açúcar, ele sabe o que não deve consumir...” (Mãe de criança de 6 anos)

Inacessibilidade. Foi igualmente mencionada a estratégia de não disponibilizar ou não tornar acessíveis esses alimentos, isto é, não os comprar e não os ter em casa. Sobre o açúcar em especial, foi também muito frequente referirem que não compravam ou que determinado alimento açucarado que não queriam que os filhos consumissem não entrava em casa.

“Tentamos, em termos das crianças, não permitir os doces, é o que nós chamamos...é o departamento dos avós. Em nossa casa não entram.” (Pai de criança de 9 anos)

Substituição. A substituição de um alimento considerado não saudável por um considerado “menos mau” ou bom é uma estratégia também bastante comum entre os participantes para regular o consumo de açúcar.

“Às vezes, pronto, é tentar enchê-lo com outras coisas para depois no fim dar-lhe aquela que eu sei que é o que ele quer, mas em menos quantidade porque também já comeu outras coisas.” (Mãe de criança de 7 anos)

“Quando nos apetece um doce, vamos comer uma noz às vezes. Enquanto comemos aquilo, não andamos a comer doces.” (Mãe de criança de 10 anos)

Selecionar com menos açúcar. Outra estratégia de regulação do consumo de açúcar baseia-se na escolha de alimentos com menos açúcar na sua composição. Assim, os participantes relatam explorar os rótulos e ter algum cuidado na compra deste tipo de alimentos.

“Por exemplo, o chocolate de pôr no leite também era uma das coisas que a gente tem assim algum cuidado em escolher... (...) Porque, pronto, é da maneira que tenha menos açúcar, da maneira que a gente ache que seja menos nocivo.” (Pai de criança de 8 anos)

“Sim, tem metade do teor de açúcar. Aquilo é sumo através de concentrado e diz mesmo “100% sumo” e não tem nada adicionado e ajuda a controlar também a nível de bebidas.” (Mãe de criança de 6 anos)

Barreiras e facilitadores ao controlo do consumo de açúcar. Apesar de ter havido mais participantes a considerar fácil a regulação do consumo de açúcar dos seus filhos do que os que consideraram difícil, muitos referiram alguns aspetos que podem ajudar ou dificultar este processo.

Barreiras. As principais dificuldades identificadas pelos participantes durante as entrevistas foram as festas de anos, a motivação das crianças (e.g., gostos, preferências e procura por alimentos doces), os lanches dos colegas dos filhos, os avós, o açúcar escondido e a comida da escola.

A barreira mais referida pelos pais foi, sem dúvida, as festas de anos. Os pais percecionam estes eventos como ocasiões em que tradicionalmente se disponibilizam demasiados alimentos doces e não saudáveis e em que as crianças consomem muito açúcar.

“Uma pessoa vai a uma festa de crianças, não há uma coisa saudável em cima da mesa, uma, é que até podiam lá pôr tipo a uvinha ou o moranguinho só da vergonha, do tipo “Ah eu também sou saudável”, mas nem isso, aquilo é só porcaria de uma ponta à outra ponta da mesa.” (Mãe de criança de 7 anos)

“Em festas de aniversário, em vez de darem presentinhos, dão aquelas guloseimas e eu sou um bocado contra isso.” (Mãe de criança de 9 anos)

Outra barreira muito mencionada foi os próprios gostos das crianças e a procura das mesmas por alimentos doces:

“É difícil. O que dificulta são as escolhas delas e o que elas gostam de comer.” (Mãe de criança de 6 anos)

O facto de as crianças passarem várias horas longe dos pais, na escola, faz com que fiquem suscetíveis a influências dos colegas e dos seus lanches. Para além disto, a partilha de lanches com os colegas sem o consentimento dos pais constitui também uma barreira à regulação do consumo de açúcar, segundo os participantes.

“É difícil, é difícil porque, na escola, eles partilham os lanches, não é? Parecendo que não, são capazes de partilhar as bolachas uns com os outros, é um bocadinho difícil...” (Mãe de crianças de 6 e de 9)

“...se os colegas levam os lanches de casa também tudo artilhado com açúcar, eles vão começar a olhar para o lado e começam a perceber “Ah! Mas então eu tenho isto e estes têm... Aquilo deve ser bem mais divertido, aquela comida deve ser bem mais divertida”. (Pai de criança de 9 anos)

Segundo os pais, os avós são também uma grande barreira a este controlo porque, tradicionalmente, os avós têm tendência para oferecer aos netos muitos alimentos açucarados como demonstração de afeto. Assim sendo, os avós aparecem frequentemente associados a doces. Os pais posicionaram-se de duas formas distintas em perante esta situação: uns demonstraram o seu desagrado e desaprovação e outros (em menor proporção) mostraram aceitar e expressaram que era uma maneira de fomentar a relação entre avós e netos.

“Eu se calhar tenho um bocadinho de sorte porque não tenho aqui os avós e é os avós que normalmente... Temos uma avó que às vezes quer mostrar o amor e traz guloseimas e eu sempre, desde pequeninos, ficava irritada porque, em vez de trazer a fruta que também tem açúcar mas mais natural, as pessoas gostam de dar açúcar em chocolates, gomas e pipocas doces, tudo isso.” (Mãe de criança de 8 anos)

“Por exemplo, nós temos o caso dos avós, que dão doces, mas nós acabamos por deixar, eu finjo que não sei, porque sei que os avós gostam... É a função deles, eu acho que a função dos pais é a de educar e preparar os filhos, a função dos avós não é a mesma, já nos educaram a nós, agora é estragar os netos com mimos e não sei quê. E deixamos e sabemos que não lhes faz bem à saúde, mas faz-lhes bem, faz bem à relação que têm com os avós, porque há ali uma cumplicidade...” (Pai de criança de 9 anos)

Outra barreira ao controlo do consumo de açúcar mencionada pelos participantes foi a dificuldade de identificar o açúcar nos alimentos, seja pela incapacidade de compreender os

rótulos, pelo desconhecimento de que certos produtos têm açúcar ou por determinados alimentos serem vendidos como não tendo, à partida, grandes quantidades de açúcar.

“Temos que ser praticamente cientistas para nos pormos a analisar os rótulos, portanto, eu lembro-me, por exemplo, uma vez comprei um chá que dizia que era para recém nascidos, em grânulos, e aquilo tinha aquelas coisas que nós não sabemos logo ver se é açúcar, a dextrose, maltose, não sei o quê, porque nós achamos... Aquilo é vendido em farmácias, diz apto para recém nascidos e depois vamos ver, tem açúcar.” (Mãe de criança de 9 anos)

Alguns participantes também percecionaram os alimentos disponibilizados nas escolas dos filhos como uma barreira, reconhecendo os lanches ou os produtos disponíveis nos bares como muito açucarados.

“Lá está, a escola também não está, se calhar, muito sensibilizada...” (Mãe de criança de 7 anos)

“Houve uma altura que levavam uma moedinha para irem ao bar e teve de haver mesmo uma intervenção dos pais no sentido de sensibilizar para que o bar da escola não vendesse só guloseimas porque aquilo eram só coisas com açúcar. Os miúdos levavam a moedinha à quarta-feira para irem ao bar comprar uma guloseima e tivemos de intervir para ver se eles tinham outro tipo de produtos, para as crianças procurarem outros produtos.” (Pai de criança de 10 anos)

Facilitadores. Embora os participantes tenham identificado bastantes barreiras, também identificaram alguns fatores que facilitam o seu trabalho de regulação do consumo de açúcar. Os mencionados por mais participantes foram a motivação das crianças, a preparação das refeições em casa, o hábito (ou não habituação ao açúcar) e a oferta escolar.

O gosto e procura das crianças por alimentos açucarados foram muito referidos como facilitadores do controlo do açúcar, mais até do que como barreira. Vários pais afirmaram que, como os seus filhos não gostavam e não pediam, acabavam por não ter de impor regras tão rígidas:

“Porque eu não tenho de travar essa luta, porque os meus não pedem.” (Mãe de gémeos de 7 anos)

“...acho que tem a ver com o gosto particular da criança. Se gostarem mais, vão procurar comer mais e aceder mais vezes a esse tipo de alimentos.” (Pai de criança de 10 anos)

Os participantes referiram que o facto de as suas crianças comerem em casa ou levarem comida feita em casa, preparada por eles, facilitava o controlo do consumo de

alimentos açucarados, visto que é uma maneira de os pais saberem o que eles comem durante o dia.

“É fácil, portanto, na escola ele não tem, só se levar de casa, e se leva sou eu ou a mãe do Santiago que... Estamos a controlar.” (Pai de criança de 10 anos)

O hábito e o facto de as crianças serem criadas de uma determinada maneira molda-os de forma a não pedirem, não quererem e não precisarem de alimentos açucarados na sua dieta. As crianças não estarem habituadas a açúcar também foi considerado pelos participantes um facilitador.

“No açúcar em si, açúcar para colocar no leite, no chá, nos iogurtes, não, isso é fácil porque ela já está muito habituada e então, como está habituada, não pede.” (Mãe de criança de 9 anos)

Embora em menor número, houve alguns pais que identificaram a oferta escolar como um facilitador por percecionarem os alimentos disponibilizados pela escola saudáveis a nível de açúcares, mostrando uma divergência de opiniões quanto a esta oferta.

“Na escola eles cortam muito os doces, a sobremesa. A maior parte da sobremesa é fruta, somente fruta, e batatas fritas também eles cortam... Mas estou a falar direccionado aos açúcares, eles lá têm uma política já de tentar abolir o máximo possível o açúcar.” (Pai de criança de 8 anos)

“...as escolas têm refeitório, onde são obrigados a comer e até certa idade é fácil de os controlar porque marcamos nós as refeições e sabemos que comeram.” (Mãe de criança de 10 anos)

Percepções Sobre o Açúcar

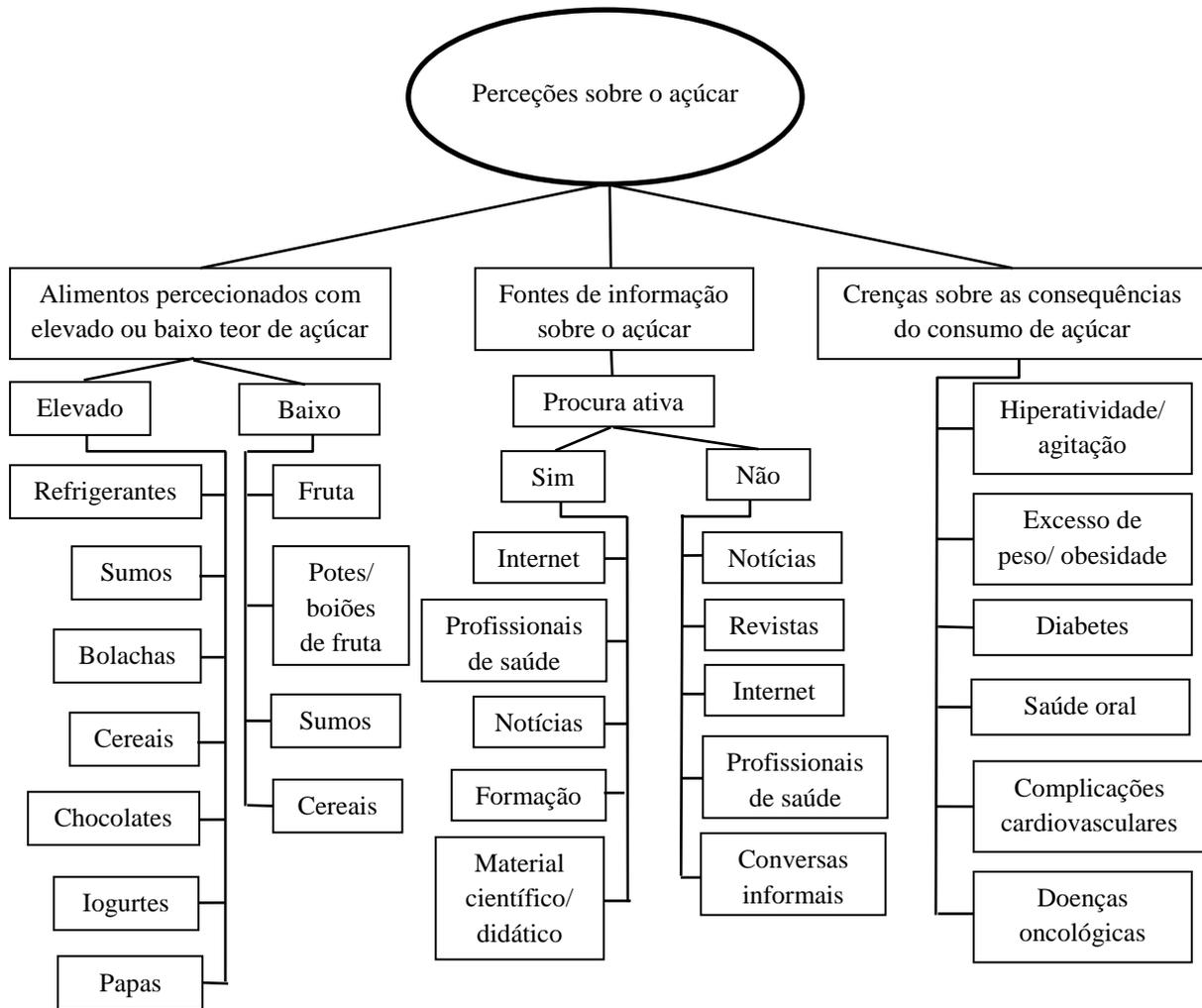


Figura 3.2. Mapa temático do tema “Percepções sobre o açúcar” e os seus subtemas.

Alimentos considerados com elevado ou baixo teor de açúcar. Ao identificarem produtos ou marcas com elevado teor de açúcar, a grande maioria dos participantes confirmou achar que os produtos criados e promovidos especificamente para crianças contêm muito açúcar. Pelo contrário, os participantes mostraram alguma dificuldade em identificar produtos ou marcas de crianças cuja composição tivesse um baixo teor de açúcar. Assim, uma das situações mais frequentes foi a incapacidade de identificar um produto específico para crianças que fosse pouco açucarado.

Os produtos específicos mais mencionados como tendo um elevado teor de açúcar foram os refrigerantes em geral (mencionados por mais de metade dos participantes), tendo havido alguns exemplos dados pelos participantes, sendo a Coca-Cola e o Ice Tea os mais frequentes.

“Sim, sim, refrigerantes. Ice Teas, essa porcaria também tem imenso açúcar.” (Mãe de criança de 9 anos)

“Coca-Cola, que é uma coisa que eu adoro... Mas tento beber a Zero, mas ainda não percebi se aquilo tem açúcar ou não, porque o sabor é muito parecido com a normal. Mas acredito que esteja minada de açúcar...” (Mãe de criança de 7 anos)

Os sumos foram identificados como muito açucarados, à semelhança dos refrigerantes. A marca mais regularmente mencionada foi a Compal, indicando que os participantes percebem os sumos desta marca como muito açucarados, incluindo os Compal Essencial. A marca Bongo também foi referida, embora apenas por uma minoria.

“...os sumos, às vezes, se formos a ver têm mais açúcar os de criança do que os normais, portanto em geral, sim, apelam ao paladar das crianças.” (Mãe de criança de 9 anos)

“Compal, que também associo ao açúcar, porque aquilo tem muito açúcar. Eu acho que é tão mau como refrigerantes. A diferença é que os refrigerantes têm o gás. Mas acho que em termos de açúcar é igual.” (Mãe de criança de 8 anos)

Parece-nos relevante salientar estes produtos – Compal e Bongo – devido à ausência de consenso entre os pais. Enquanto alguns participantes os mencionaram enquanto exemplares de produtos com elevado teor de açúcar, outros (embora em menor número) consideraram que estes (em particular, o Compal Essencial e o Compal Família) são pouco açucarados.

“Compal Família. Eu acho que o sumo é bom, aquele sumo é bom. Mas a nível, pronto, é reduzido em açúcares e... Mas a nível de sabor é uma coisa assim... (...) É horrível, pronto.” (Pai de criança de 8 anos)

“O Bongo, a gente, por exemplo, compra agora sempre o Bongo, já, pelo menos, explorámos e vimos ali no rótulo que não tem açúcar.” (Mãe de criança de 8 anos)

As bolachas também foram mencionadas muito frequentemente como representantes do grupo de alimentos com elevado teor de açúcar. Surgiram exemplos como Oreo e bolacha Maria, no entanto, a maior representatividade desta categoria de produtos assenta sobre as bolachas em geral.

Os cereais de pequeno-almoço de criança foram também incluídos no conjunto de produtos muito açucarados. Foram maioritariamente referidos no seu geral, tendo surgido, com menos frequência, exemplos como Chocapic e marcas como a Nestlé.

“Eu acho que, por exemplo, esses Chocapics que ela come, eu acho que estão carregados de açúcar, isso não sei se é Nestlé, é Nestlé. Mais coisas especificamente para

crianças que eu me esteja a lembrar... Estou-me a lembrar da Nestlé.” (Mãe de criança de 8 anos)

Porém, os cereais de pequeno-almoço são outro grupo de alimentos percecionado de maneira divergente pelos participantes. Embora muito menos do que os que acreditam que contêm um elevado teor de açúcar, há alguns pais que consideram que existem certos cereais de crianças com pouco açúcar na sua composição (e.g., *cornflakes*).

“Cereais, eu penso que já temos alguns cereais bons, para além de serem alguns ricos em açúcar, mas acho que já são alguns... Temos os Bio, que têm bonecos e que também promovem imenso que eles procurem...” (Mãe de gémeos de 9 anos)

“Nesse caso não, supostamente não seria [açucarado], por ser cornflakes, que é quase uma palha de cereal a que acrescentas leite.” (Pai de criança de 7 anos)

Os chocolates na sua generalidade foram também muito referidos pelos participantes como tendo muito açúcar. A única marca que surgiu foi a Kinder.

“Tudo tem muito açúcar apesar de porem lá o leite no Kinder Bueno, põem lá o leite a escorrer. Tem demasiado açúcar.” (Mãe de criança de 6 anos)

Os pais mencionaram também os iogurtes de criança em geral, dando alguns exemplos como os iogurtes compartimentados com Smarties e os Danoninhos (Danone). As papas de criança foram também referidas por alguns pais como sendo muito açucaradas, principalmente a papa Cerelac.

Para além destes produtos concretos, a marca mais frequentemente identificada como tendo produtos com elevado teor de açúcar foi a Nestlé e as suas marcas pertencentes, por exemplo, Nesquik e Chocapic.

Tal como já foi mencionado, a incapacidade de dar exemplos de alimentos com pouco açúcar foi uma situação muito frequente. No entanto, foi igualmente frequente o surgimento da fruta como um exemplo de alimento pouco açucarado. Os participantes consideram a fruta como um alimento com baixo teor de açúcar, tal como os boiões de fruta ou os pacotes de espremer. Quanto aos boiões de fruta e aos pacotes de fruta de espremer, surgiu apenas uma marca para cada: a Blédina e a marca Celeiro, respetivamente.

“Só me estou a lembrar da fruta embalada do McDonald’s, que vem já cortada. Foi a primeira coisa que me veio à cabeça.” (Mãe de criança de 10 anos)

“...umas saquetas, aquilo é fruta, dizem que aquilo é só fruta, aquilo é de chupar, aquilo é tipo umas saquetas de fruta, mas aquilo diz na embalagem que é 100% fruta e que não tem nada adicionado.” (Mãe de criança de 9 anos)

Nenhum dos participantes demonstrou uma atitude positiva em relação ao açúcar. Mais de metade referiu que o consumo de açúcar deveria ser condicionado e regrado, devendo ser equilibrado, sem excessos. Estes dividem-se ainda nos que são fundamentalmente contra o consumo de açúcar, mas que consideram inócuo o seu consumo ocasional (sendo referido por alguns que é pior proibir completamente) e os pais que consideram o consumo de açúcar como saudável e necessário, desde que seja controlado, referindo que em excesso é prejudicial.

“Mas eu acho que o açúcar não é, realmente, bom. Agora, eu acho que nada na vida deve ser totalmente proibido porque... (...) Se a gente priva os miúdos de tudo, tudo, tudo, eu acho que ainda é pior porque eles depois não se sabem regular, então eu acho que encontrar o equilíbrio é ideal, depois é ou regras ou perceber que aquilo é uma exceção, não é a regra, é uma coisa que só num dia de festa é que se pode provar e, mesmo assim, com conta, peso e medida.” (Mãe de criança de 7 anos)

“Uma coisa é de vez em quando, eu acho que de vez em quando não faz mal nenhum e acho que é saudável, pronto, as pessoas têm que experimentar e têm que perceber o que é que... Até o efeito que aquilo tem no próprio organismo.” (Mãe de criança de 6 anos)

Embora a posição de mais de metade não seja totalmente contra, houve um número considerável de participantes que expressaram uma posição extremista em relação ao açúcar, não mencionando nenhuma situação/exceção em que o seu consumo fosse aceitável:

“Péssimo, horrível, horrível. Eu acho que é super... É o mal de muitas doenças e, pronto, mesmo que não seja imediatamente, acaba por ser. Sejam crianças, sejam adultos, para todos. Péssimo. Eu detesto açúcar.” (Mãe de criança de 9 anos)

Os participantes expressaram ainda as suas percepções acerca do açúcar e do seu consumo, sendo mais comum a ideia de que o açúcar e os alimentos que o contêm criam vício:

“É mau, não, não, açúcar é o veneno deste século. Eu acho, porque é viciante, aquilo funciona... É um vício. Eu fumei, eu fumei e era viciante o tabaco. Eu acho que o açúcar funciona nos mesmos moldes, é viciante.” (Mãe de criança de 10 anos)

“Bem, eu acho que é muito pouco saudável e que depois vicia e esse é o problema da alimentação, é que depois acaba por viciá-los e é difícil depois retirarmos. Porque quando damos muito açúcar, o organismo vai pedindo mais e depois é difícil de retirar esses hábitos. E eles sofrem, eu acho que sofrem mesmo quando limitamos as crianças que sempre tiveram uma alimentação pouco saudável, retirar o açúcar drasticamente é muito complicado para eles até.” (Mãe de gémeos de 9 anos)

A percepção de que o açúcar está em todo o lado, de que tudo tem açúcar e de que é difícil escapar também foi bastante referida:

“Porque é horrível, porque o açúcar está em todo o lado e porque os miúdos são atraídos por tudo. E é, aquilo é um mal, é o mal do nosso século, é o que se diz, exatamente. E tudo o que eles pedem, tudo o que eles querem, tudo o que mexem, é a goma, é o chocolate, é o chupa, é a pastilha, está tudo carregado de açúcar e depois é um excesso. E é muito difícil fugir a isso.” (Mãe de criança de 7 anos)

Alguns pais mencionaram ainda que as crianças em geral consomem muito açúcar, no entanto, a percepção de que as crianças têm um metabolismo e uma atividade/energia que ajuda a eliminação do açúcar do organismo, tornando o seu consumo mais inócuo, também foi comum.

“...há crianças mais ativas que parece que desgastam mais rápido o que comem e não têm quase o... Parece que o corpo não absorve tanto o açúcar, não sei.” (Mãe de gémeos de 7 anos)

Fontes de informação sobre o açúcar. Relativamente a este tema do açúcar e do seu consumo, foi feito um levantamento das fontes de informação referidas como sendo utilizadas pelos participantes. Uma minoria afirmou que não procurava informação de todo, tendo sido a procura ativa de informação a resposta mais comum. Porém, uma parte considerável dos participantes revelou que não procurava ativamente informação sobre o açúcar, mas que essa informação acabava por chegar até eles de diversas formas. Quanto aos participantes que procuravam ativamente, a Internet foi a fonte mais referida (indicada também como uma fonte com muita informação, tornando-se confusa):

“Normalmente na Internet. Dá para fazer ali uma busca, por ser mais rápido e fácil, mas é muita informação e fico até sem perceber o que é que é bom e o que é que é mau.” (Mãe de criança de 7 anos)

Outras fontes mencionadas foram profissionais de saúde (pediatras e nutricionistas), notícias, formações e material científico/didático.

“Normalmente, eu recorri a partir dos dois anos de idade dos gémeos a uma nutricionista, depois disso acabei por me desvincular e procuro muito na Internet. Sigo bastantes blogs e procuro algumas coisas que me ajudam a ter uma informação fidedigna e também perceber o que é que faz bem e o que é que faz mal, mas basicamente é a Internet neste momento.” (Mãe de gémeos de 9 anos)

“Nós já tivemos uma formação sobre o açúcar, fui a uma palestra da Herbalife que eles davam na altura sobre os açúcares, sim.” (Mãe de criança de 6 e de 9)

Quanto aos que referiram que obtinham informação sem procurar ativamente, as fontes mais frequentemente citadas foram notícias televisivas e revistas:

“Eu acho que, mais ou menos, me considero uma pessoa informada. Procurar não, é mais aquilo que me vem daqueles magazines, dos Sapos, das páginas de lifestyle, do Pais&Filhos... Portanto, não leio artigos científicos sobre o tema, só aquilo que vem, entre aspas, mastigado pela comunicação social.” (Mãe de criança de 9 anos)

Surgiram também outras fontes como, por exemplo, a Internet, profissionais de saúde (pediatras e nutricionistas), ou conversas informais com colegas/amigos/familiares da área da saúde:

“Não, sei aquilo que aparece, tenho muita gente na família na área da saúde, já trabalhei na área. A informação chega-me.” (Pai de criança de 7 anos)

Consequências do consumo de açúcar. Os participantes demonstraram várias razões para as suas posições desfavoráveis relativamente ao açúcar e ao seu consumo, nomeadamente o facto de as calorias que este proporciona serem “vazias”, não ter vitaminas e não saciar. Para completar as suas percepções, mencionaram ainda as consequências que acreditam que o consumo de açúcar tem ou poderá ter. A consequência mais referida foi a agitação ou hiperatividade. Os pais acreditam que o consumo de açúcar ou alimentos açucarados provoca um estado de agitação ou pico de energia nas crianças.

“Em termos comportamentais, tem, o excesso de açúcar leva a estados de hiperatividade, às vezes, também, todos nós sabemos que há choques de açúcar que as crianças depois não param.” (Pai de criança de 9 anos)

Os participantes afirmam que o açúcar estimula as crianças, dizendo, em alguns casos, que leva à hiperatividade, à falta de atenção e ao consequente impacto no rendimento escolar.

“Em termos comportamentais, acredito que acelere um bocadinho as crianças após a ingestão de alimentos altamente açucarados. O que não será bom, porque poderão ter ali uns momentos de grande energia, depois de se acabar...de se consumir aquele teor de açúcar ou de se gastar, depois, se calhar, vem ali um momento de quebra ou de desatenção se for preciso estar concentrado, que poderá ser maior do que se não tivesse havido essa alteração.” (Mãe de criança de 9 anos)

“Tem impacto nas crianças, sim, tenho a sensação que se tornam um bocadinho mais hiperativas e se calhar, conseqüentemente, menos atentas nas aulas e coisas desse género.”
(Mãe de criança de 8 anos)

No entanto, um dos participantes refletiu ainda sobre a possibilidade de a agitação das crianças nas festas ser devido ao ambiente e não devido ao consumo de açúcar, ou seja, demonstrou dúvidas acerca da associação entre o açúcar e esta mudança no comportamento habitual.

“Mas pode também ser a agitação, quando é os dias de festa, ela torna-se assim mais agitadinha, pode ser também com pessoas que estão e não se calhar com o açúcar que come, isso nunca percebi, mas também nunca me debrucei sobre o assunto, não é, ela está mais agitada, mais elétrica mas se calhar também é porque está com as pessoas e não por ter comido muito açúcar, digo eu.” (Mãe de criança 9 anos)

As questões relacionadas com o excesso de peso e obesidade foram referidas por sensivelmente metade dos participantes.

“Agora ouve-se muito mais falar do açúcar em vez do sal. Talvez também por causa da obesidade, que vê-se já na parte infantil também muito, não é?” (Mãe de criança de 8 anos)

A diabetes foi também muito referida, demonstrando que os participantes percecionam esta doença metabólica crónica como estando associada ao consumo excessivo de açúcar.

“...criar diabetes e ficar dependente de insulina, acho que isso preocupa qualquer pessoa que seja normal.” (Pai de criança de 7 anos)

Outra consequência bastante mencionada foi a saúde oral, tendo as cáries sido associadas ao consumo frequente de açúcar.

“Sim, na saúde claramente, o que se vê logo é na parte dos dentes. E, aliás, nós ainda apanhámos um sustozinho com a nossa filha, que ela, uma vez, ficou com uma cárie e apercebemo-nos que, se calhar, tinha a ver com o excesso de açúcar que ela consumia e não lavava os dentes de uma forma tão adequada.” (Pai de criança de 9 anos)

Embora os participantes tenham mencionado muitas outras consequências do consumo de açúcar, houve ainda duas que se destacaram pela frequência com que surgiram. As complicações cardiovasculares (e.g., colesterol elevado, hipertensão) e os problemas oncológicos também foram referidos por alguns dos entrevistados.

“Cada vez mais isso se vê no Telejornal, cada vez mais são as crianças com colesterol, não é, pequeninas.” (Mãe de criança de 10 anos)

“Porque está provado que o açúcar alimenta o cancro e tudo, que vive de açúcar. Tudo o que seja mau alimenta-se de açúcar.” (Mãe de criança de 6 anos)

Intervenções

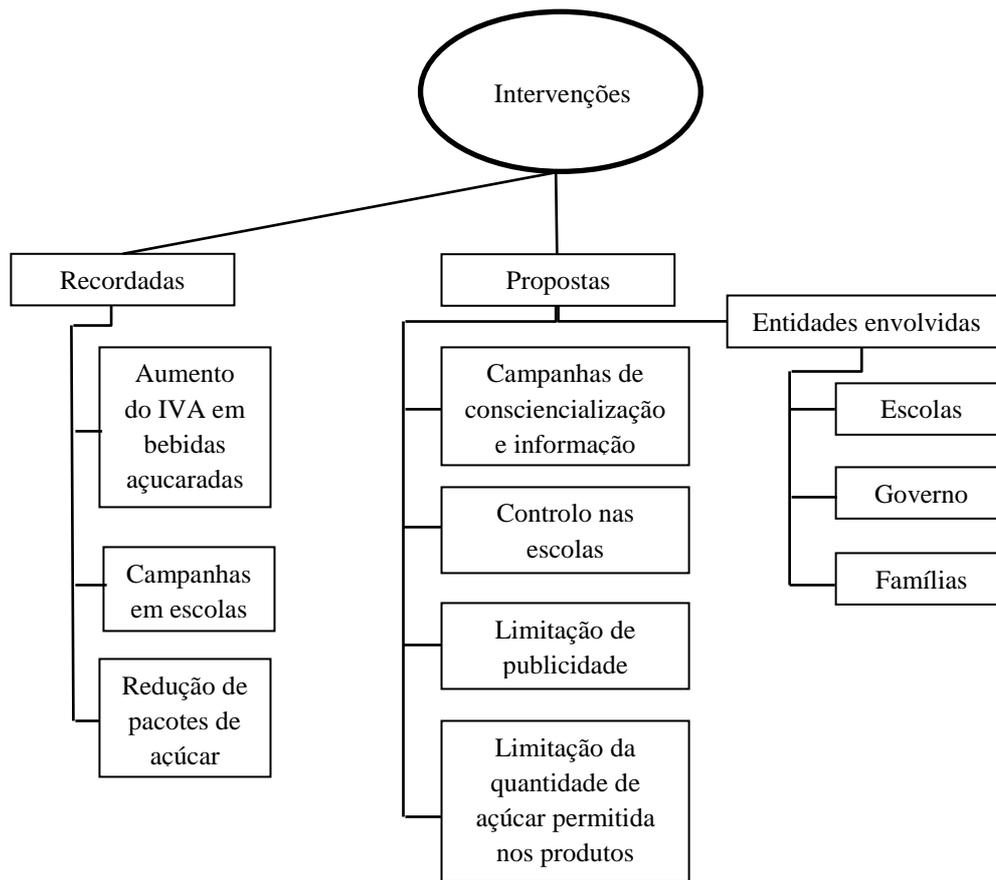


Figura 3.3. Mapa temático do tema “Intervenções” e os seus subtemas.

A esmagadora maioria dos participantes afirmou que a existência de intervenções que reduzissem o consumo de açúcar das crianças em Portugal é necessária e importante, expressando uma atitude favorável face às mesmas. Quanto a intervenções já existentes, a mais recordada pelos participantes foi o aumento do IVA em bebidas açucaradas. Apesar de cerca de metade dos participantes ter referido concordar com esta medida, a maioria disse não a considerar eficaz devido, por exemplo, ao facto do aumento do preço não ser suficientemente notório e dos produtos considerados saudáveis e livres de açúcares continuarem a ter um preço muito mais elevado:

“Acho que aumentam a receita fiscal, mas não sei se as pessoas são dissuadidas de comprar produtos açucarados por eles serem 10 ou 20 cêntimos mais caros, que é o que

depois marginalmente é disso que estamos a falar, não é mais que isso.” (Mãe de criança de 9 anos)

Os pais afirmaram também frequentemente saberem da existência de campanhas de sensibilização feitas nas escolas, as quais os pais consideraram muito importantes:

“Eu acho que é importante, eu pelo menos sinto que quando vêm ações da escola e as rodas dos alimentos, eles vêm sempre a falar da escola, gostam de mostrar que aprenderam qualquer coisa. Isso, eu acho que tem impacto, acho que, se calhar, tem mais impacto que aquilo que os pais possam dizer.” (Pai de criança de 9 anos)

A terceira medida mais recordada (ainda que por menos de metade dos participantes) foi a redução da gramagem dos pacotes de açúcar. De todos os pais que a mencionaram, apenas um referiu não a considerar eficaz, sendo que mais de metade reconheceu os benefícios desta medida, nomeadamente a menor acessibilidade que resulta dela, sendo que como os pacotes têm menos gramas, consome-se menos também:

“Parece, sim, eu não estava lembrada, mas sim. Faz sábado uma semana, vim aqui com o meu filho e ele bebeu uma meia de leite. E quando eu dei por isso, entretanto a conversar com a mana, quando virei a cabeça para ele, ele já estava no fim do pacote de açúcar, a despejar para a meia de leite. Se tivesse as... Como é que era? Agora tem 4-5, não é? E dantes tinha 9, era uma coisa assim. Portanto, teriam ido mais não sei quantas gramas.” (Mãe de criança de 9 anos)

Quando questionados sobre o que poderia ser feito a nível de intervenções, os participantes sugeriram várias medidas, tais como:

a) Campanhas de consciencialização/sensibilização e informação (e.g., ações de sensibilização semelhantes às do tabaco, mas aplicadas ao açúcar, campanhas que informem a população dos malefícios e consequências do consumo de açúcar e que promovam os bons hábitos alimentares, campanhas de sensibilização e informação nas escolas e na comunicação social);

“Campanhas relativas a problemas relacionados com o consumo e excesso de açúcar, não é, dar exemplos concretos como se faz para o tabaco.” (Mãe de criança de 8 anos)

b) Controlo nas escolas (e.g., limitar os alimentos não saudáveis e muito açucarados, monitorizar os alimentos disponíveis no espaço escolar e a sua confeção);

“Eu acho que, principalmente nas escolas, para mim, não deveria haver a quantidade de açúcar que existe, o acesso que os miúdos têm a doces, portanto, ou reduz-se bastante nos doces que existem ou... E mesmo nos doces, nos chocolates, nos iogurtes, ou eliminar mesmo

alguns, acho que sim, acho que nas cantinas das escolas devia ser mesmo eliminado.” (Mãe de criança de 9 anos)

- c) Limitação da publicidade de produtos açucarados (e.g., limitação de anúncios de novos produtos ou de alimentos muito açucarados já existentes, proibição deste tipo de publicidade em canais direcionados a crianças, limitar a publicidade a horários menos propícios a crianças, por exemplo, depois do Telejornal);

“E proibir esses produtos anunciarem nos canais infantis enquanto estão a dar... Pronto, assim de proibição é logo o que me ocorre: não há anúncios a produtos infantis açucarados nos canais infantis e nos intervalos dos desenhos animados, pronto, deem a seguir ao Telejornal, o que quiserem, pronto, mas nos canais infantis, não.” (Mãe de criança de 9 anos)

- d) Limitação da quantidade de açúcar nos alimentos (i.e., limitar as quantidades de açúcar permitidas nos produtos).

Para além disto, os participantes mencionaram também que entidades consideram que deveriam estar envolvidas nas intervenções propostas. Sendo assim, as escolas foram as entidades mais referidas, por serem o lugar onde as crianças passam mais tempo, o governo e entidades relacionadas (e.g., Direção Geral da Saúde, Ministério da Educação) e as famílias, sendo que, dentro destas, os pais foram os mais referidos.

“Escolas, pais, precisamente, e avós e, claro, o governo.” (Mãe de criança de 8 anos)

“Sim, o governo através dos organismos do Ministério da Saúde e tudo mais. As famílias, claro, acho que, hoje em dia, a parte cívica é muito importante.” (Pai de criança de 9 anos)

Capítulo IV. Discussão

Os hábitos alimentares têm uma grande influência na saúde, sendo que, quando são inadequados, contribuem para a perda de anos de vida saudável. Em Portugal, os hábitos alimentares estão longe de ser adequados e a prevalência de excesso de peso em crianças é superior à média dos países da OCDE (Ministério da Saúde, 2018). É também muito elevada a percentagem de crianças portuguesas cujo consumo de açúcares livres excede o valor recomendado pela OMS, o que é preocupante tendo em conta que o consumo de açúcar está associado a uma dieta não saudável e ao risco de desenvolver diversas doenças (e.g., obesidade, DCNTs). Considerando que os pais são, nessa fase de vida, agentes cruciais no desenvolvimento dos comportamentos e hábitos alimentares dos seus filhos, estas evidências suscitam a necessidade de estudar as práticas parentais relacionadas com a alimentação e compreender as percepções, opiniões e crenças de pais de crianças portuguesas acerca do açúcar.

Sendo assim, o presente estudo visou explorar as estratégias de incentivo e controlo alimentar utilizadas pelos pais e apurar as suas percepções acerca do açúcar e acerca das várias formas de regular o consumo do mesmo nas suas crianças. Quarenta e quatro pais e mães de crianças que frequentam o primeiro ciclo do ensino básico foram entrevistados. O recurso a esta metodologia permitiu compreender com maior profundidade as práticas parentais e as suas percepções relativamente a esta temática, possibilitando a existência de uma maior contextualização das mesmas. Primeiramente, foi feito um levantamento dos hábitos gerais dos agregados familiares, afunilando depois para os das crianças. Desta forma, foi possível perceber os costumes das famílias e, em especial, das crianças, antes de explorar as estratégias e percepções dos pais, para um melhor enquadramento das mesmas. Foi evidente o impacto das crianças nos hábitos alimentares dos agregados em geral, visto que estas influenciavam a escolha do conteúdo das refeições, as compras para casa (alguns produtos eram comprados exclusivamente para elas, tais como leites, iogurtes, cereais, bolachas, etc.), a escolha dos restaurantes (sendo que estas optavam maioritariamente por restaurantes de *fast food*) e suscitavam alterações como uma maior existência de sopa em casa, horários das refeições mais fixos e dieta mais equilibrada. Isto reflete perfeitamente a influência social da família definida por Furst e colaboradores (1996) como determinante da escolha alimentar. Segundo os autores, no contexto do agregado, os indivíduos têm papéis relacionados com a alimentação, neste caso, os pais têm o papel de comprar e preparar alimentos para os filhos, tendo em consideração as suas necessidades e preferências, processo que se relaciona também com o valor da gestão de relações (Furst et al., 1996). As incapacidades das crianças

(e.g., intolerância à lactose, incapacidade de comer alguns alimentos devido à queda dos dentes) foram, por vezes, determinantes de algumas escolhas de produtos exclusivamente para elas. Estes aspetos, previstos na teoria COM-B (Michie et al., 2011), incluem-se no fator “capacidade física” e moldam as escolhas alimentares das crianças ou, neste caso, as escolhas que os pais fazem para as crianças. Quanto a comer em restaurantes, a situação mais frequente foi que acontecesse ao fim de semana, ou seja, com bastante frequência, o que pode ser um problema, tendo em conta que as crianças consomem bastante mais energia quando comem em restaurantes do que quando fazem as refeições em casa (Zoumas-Morse et al., 2001), influenciando a qualidade geral da sua dieta (Ebbeling et al., 2002).

Outro fator mencionado pelos pais que influencia os hábitos alimentares é a visualização de televisão. Os participantes referiram que os seus filhos viam bastante televisão (e.g., ao fim de semana, à refeição) e que esta - e os diversos anúncios que passavam nos canais - influenciava os seus gostos e os incentivava a querer provar alimentos novos (considerados inadequados). Para além disso, fazia com que reconhecessem personagens em embalagens nos supermercados, tornando-as mais apelativas. Este, tal como a ida frequente a restaurantes, é um aspeto a ser controlado, visto que a visualização de televisão, não só está associada a maus hábitos alimentares (Dixon et al., 2007; Paes et al., 2015) como a consequências negativas na saúde geral (Hancox et al., 2004). Os pais demonstraram alguma preocupação em relação a esta questão, especialmente relativamente à publicidade televisiva, ao mencionarem a redução/eliminação de anúncios de alimentos como sugestão de intervenção.

A esmagadora maioria das crianças foram percecionadas como estando dentro do peso normal. Ainda assim, com base no cálculo do IMC, verificou-se que nem metade das crianças se situava nos percentis indicadores de peso normal. Assim, todas as crianças com baixo peso (menos frequente) ou com excesso de peso (mais frequente) foram percebidas pelos pais como tendo peso normal. Estas percepções distorcidas podem dever-se ao desconhecimento dos pais ou à tendência dos mesmos de caracterizarem os seus filhos da maneira mais favorável possível (i.e., desejabilidade social, King & Bruner, 2000).

Mais de metade dos pais percecionava os seus filhos como sendo crianças que comem bem (de tudo), referindo a fruta, o peixe, os refrigerantes e sumos, os doces em geral e salada como preferências das crianças. No entanto, os doces surgiram também no grupo de alimentos que as crianças menos gostam, tal como os legumes, a sopa e o queijo. Uma explicação possível para os doces surgirem nas duas categorias pode ser a desejabilidade social, isto é, a tendência dos pais para se apresentarem e apresentarem os seus filhos da

maneira mais favorável possível de acordo com as normas sociais (King & Bruner, 2000). A referência do peixe grelhado e cozido como uma das preferências das crianças pode dever-se também a esta mesma situação.

Para além do contexto doméstico, também foi levemente explorado o contexto escolar das crianças. A esmagadora maioria das crianças almoçava na escola, mas levava alimentos de casa para os lanches. A maior parte dos participantes tinha uma opinião positiva em relação à oferta escolar. Metade das escolas das crianças dava recomendações acerca da alimentação das crianças, tais como o incentivo do consumo de fruta e o desincentivo do consumo de alimentos processados. Foi ainda salientado que o mais comum era que estas recomendações partissem de professores específicos e não da escola em si. Uma parte equivalente dos participantes referiu que as escolas não interferiam de maneira nenhuma na alimentação das crianças. Está comprovado que a existência de algum tipo de política nutricional nas escolas tem consequências benéficas nos comportamentos alimentares das crianças. Por exemplo, segundo Paes e colaboradores (2015), estas políticas estão associadas a um menor consumo de bebidas açucaradas. De acordo com Santos e colaboradores (2018) a distribuição de fruta e incentivo ao seu consumo (Regime de Fruta Escolar) e a distribuição de leite nas escolas também são uma forma de educação alimentar que suscita mudanças na alimentação e ajuda no combate à obesidade. Assim, conclui-se que é muito relevante que este tipo de iniciativas e políticas existam em todas as escolas. A oferta escolar e as políticas nutricionais ou recomendações que as escolas possam ter incluem-se no fator “oportunidade” e constituem tipos de influência social que influenciam os hábitos alimentares das crianças, tal como previsto na teoria COM-B (Michie et al., 2011).

Quanto às estratégias, a literatura indica que estas práticas de alimentação infantil (sobretudo as de controlo) têm o potencial de influenciar negativamente as preferências das crianças, os seus padrões de consumo e o peso/IMC, contribuindo para o excesso de peso e a obesidade infantil (Stang & Loth, 2011). Concluiu-se que as mais utilizadas pelos pais para incentivar o consumo de determinados alimentos (maioritariamente vegetais) foram a explicação, a insistência e exposição repetida, a colocação dos vegetais tipicamente rejeitados pelos filhos nas sopas, a obrigação e a negociação. Estas estratégias têm maioritariamente por base a comunicação e a relação entre pais e criança, na medida em que incluem ambas partes ativamente na tentativa de moldar os hábitos alimentares das crianças (e.g., explicação, insistência, obrigação, negociação).

A estratégia mais utilizada para incentivar o consumo de alimentos foi, como já referido, a explicação. Esta estratégia (tal como a negociação) integra um estilo parental de

alimentação autorizante (Patrick, Nicklas, Hughes, & Morales, 2005; Rigal, Chabanet, Issanchou, & Monnery-Patris, 2012), que está positivamente associado ao consumo de vegetais das crianças, tornando evidente a eficácia desta estratégia (Patrick et al., 2005; Yee, Lwin, & Shirley, 2017). Por outro lado, estratégias como a obrigação ou pressão para comer representam o estilo parental autoritário. Embora ambos os estilos constituam formas ativas dos pais fazerem com que os filhos cedam às suas exigências, estas formas diferem bastante nos dois estilos, tendo consequências diferentes. No estilo parental de alimentação autorizante encoraja-se a criança a comer alimentos saudáveis, dando-lhe a possibilidade de escolha; já no estilo autoritário, restringem-se alguns alimentos ou grupos de alimentos e forçam-se outros, sem ter muito em conta as preferências da criança (Patrick et al., 2005). Assim, estratégias representativas do estilo autoritário estão associadas a dificuldades em alimentar as crianças (Rigal et al., 2012) e a um menor consumo de frutas e vegetais (Patrick et al., 2005). Coelho e colaboradores (2017) apoiam esta perspetiva, afirmando e acrescentando que práticas que envolvam pressão para comer, para além de poderem diminuir a ingestão de alimentos em geral e especialmente de fruta e hortícolas, podem também diminuir o IMC das crianças e condicionar uma aversão ao alimento incentivado.

A estratégia da utilização de alimentos enquanto reforço ou recompensa, bastante referida na literatura, embora tenha surgido nas entrevistas, foi muito raramente abordada, não tendo grande representação. Birch (1998), Ventura e colaboradores (2010) e Petrunoff, Wilkenfeld, King, e Flood (2014) afirmam que é uma estratégia bastante utilizada pelos pais, embora esta tenha várias repercussões negativas. Os resultados deste estudo relativos a esta estratégia vão ao encontro da perspetiva de Nowicka, Sorjonen, Pietrobelli, Flodmark e Faith (2014), que sugerem que os pais da atualidade têm a consciência de que recompensar as crianças com comida não é recomendado.

Em relação às estratégias de regulação, pode concluir-se que o grupo de alimentos mais controlado pelos pais foi, sem dúvida, o dos produtos açucarados, no entanto, *fast food* e fritos também foram alvo de supervisão (indicando que os pais não consideram o consumo destes alimentos saudável, ou pelo menos o seu consumo frequente). Estratégias como a restrição ou doseamento (a mais utilizada), a explicação, a negociação e a inacessibilidade eram utilizadas pelos participantes para controlar tanto os alimentos açucarados como os restantes acima mencionados. No entanto, a substituição e a seleção de produtos com menos açúcar surgiram como mais características do controlo de alimentos açucarados e a proibição surgiu como mais característica do controlo de produtos não açucarados. A estratégia de controlo mais utilizada pelos pais, a restrição, apesar do seu objetivo ser limitar o consumo de

um determinado alimento, está associada a um aumento do peso das crianças. Esta estratégia provoca também um aumento da deseabilidade do alimento ou grupo de alimentos que está limitado, fazendo com que este possa ser consumido em excesso quando estiver disponível ou quando não estiver limitado (Coelho et al., 2017). Segundo Nowicka e colaboradores (2014), a restrição é também positivamente influenciada pela preocupação dos pais face ao peso das crianças, no entanto, apesar de esta ter sido a estratégia de controlo mais utilizada pelos participantes, apenas uma criança foi percecionada como tendo excesso de peso pela sua respetiva mãe. A explicação e a negociação surgiram neste estudo, tal como no estudo de Nepper e Chai (2016), como estratégias de controlo alimentar, no entanto, embora no estudo destes autores os pais tenham usado estas práticas para contornar a insistência dos filhos para comerem alimentos não saudáveis, neste estudo os participantes relataram usá-las de uma maneira mais ampla. À semelhança do estudo de Petrunoff e colaboradores (2014), em que não ter guloseimas em casa (inacessibilidade) foi uma estratégia comum entre os pais, especialmente quando se tratava de controlar o consumo de alimentos como refrigerantes, chocolates e batatas fritas, neste estudo, a inacessibilidade foi percecionada pelos participantes como uma estratégia de controlo fácil, tendo alguns dito “o que eu não quero que coma, não compro cá para casa”. Tendo em conta que Paes e colaboradores (2015) afirmam que a disponibilidade em casa de produtos como bebidas açucaradas aumenta o seu consumo, é possível que não disponibilizar, isto é, não tornar acessível seja uma forma eficaz de controlar certos alimentos. No entanto, embora quase metade dos participantes utilize esta estratégia para controlar o consumo de açúcar, verificou-se uma desresponsabilização no caso de serem os avós a disponibilizar este tipo de alimentos, ou seja, houve alguns participantes que alegaram que os doces eram o “departamento dos avós”, dando menor importância e legitimando a sua disponibilização quando estes eram oferecidos aos seus filhos por eles. Em oposição à reflexão feita em relação às estratégias de incentivo, as de controlo ou regulação tendem a ter um carácter mais individual, não incluindo tanto a criança como agente ativo na tentativa de moldar o seu comportamento alimentar (e.g., restrição, inacessibilidade, seleccionar com menos açúcar).

O controlo do açúcar/produtos açucarados foi sem dúvida o que teve mais peso. Para além das estratégias de regulação, os participantes mencionaram também os fatores que facilitam ou dificultam esta tarefa. As principais barreiras identificadas foram as festas de anos, os lanches dos colegas dos filhos, os avós e o açúcar escondido. Os principais facilitadores foram a preparação em casa e o hábito. A motivação das crianças e a oferta escolar foram fatores que surgiram tanto como barreiras como facilitadores, demonstrando a

divergência de opiniões e percepções entre participantes no que toca aos alimentos disponibilizados pelas escolas dos filhos e às preferências dos mesmos. A motivação das crianças surge como uma barreira à promoção da alimentação saudável no estudo de Nepper e Chai (2016) e não apenas como barreira à regulação do consumo de açúcar, como neste caso. No entanto, pode concluir-se que em ambos os casos os pais consideraram a motivação dos filhos (e.g., a preferência e insistência dos filhos para comerem comida não saudável, a resistência/inflexibilidade dos filhos a experimentarem alimentos novos) um impedimento ao controlo do consumo de alimentos percebidos como não saudáveis. No estudo de Petrunoff e colaboradores (2014), os pais também sugeriram que as preferências, gostos e pedidos das suas crianças eram fatores que os influenciavam a dar guloseimas aos seus filhos. Pelo contrário, para além dos gostos e preferências das crianças poderem ser um facilitador da regulação do consumo de açúcar no caso de não gostarem, o hábito e a educação alimentar podem estar relacionados com o facto de esta motivação poder ser também considerada como facilitador pelos pais. Assim, vários participantes afirmam que as suas crianças não gostam ou não pedem alimentos açucarados devido a terem sido habituados e educados de forma a não sentirem a sua falta. Outra explicação possível para este fator ter surgido como facilitador é, novamente, a desejabilidade social, isto é, a tendência que os pais poderão ter tido para transmitir uma imagem positiva dos filhos. Seja uma barreira ou um facilitador, a tendência das crianças de gostarem ou não de doces, de procurarem e pedirem ou não guloseimas e de terem ou não consciência e/ou interesse em questões relacionadas com a alimentação, é um aspeto do fator motivacional que direciona o seu comportamento alimentar (teoria COM-B, Michie et al., 2011) e, por consequência, o dos seus pais.

Quanto à oferta escolar, embora a maioria dos pais tenha expressado uma opinião positiva a seu respeito, houve um maior número de participantes a referi-la como barreira do que como facilitador. Apesar de as refeições escolares estarem no centro das preocupações da OMS e de haver uma regulamentação e orientação da oferta escolar, parece haver ainda algumas escolas que, segundo os participantes, continuam a disponibilizar às crianças alimentos considerados não saudáveis (e.g., muito açucarados, processados). Isto pode dever-se ao tipo de alimentos comumente existentes nos bares das escolas, na disponibilização controversa de leite achocolatado por algumas escolas e ao facto de, por exemplo, iniciativas como o Regime de Fruta Escolar ainda só atingirem cerca de metade dos alunos do 1º ciclo, de acordo o relatório de avaliação de 2011/2012 - 2015/2016 (Santos et al., 2018), havendo assim margem para as crianças procurarem outros alimentos menos saudáveis.

Relativamente às restantes barreiras, muitos participantes referiram as festas de anos como o fator que mais dificultava a regulação do consumo de açúcar. Isto revela uma forte norma social relacionada com o que deve ou não servir-se em festas de anos (sobretudo de crianças), sendo que os alimentos doces têm uma grande relevância nestes contextos. Esta relevância deve-se também aos ideais (muito influenciados pela cultura), ou seja, à noção de como as coisas devem ser (Furst et al., 1996). Neste caso, aplica-se ao facto de ser expectável e típico ter doces em festas. As ocasiões sociais especiais (e.g., festas, convívios e restaurantes) são referidas como barreira em outros estudos (e.g., Petrunoff et al., 2014), em que os pais mencionam que nesses ambientes é difícil não dar alimentos inapropriados às crianças. Ainda assim, a maioria considera que, nestas ocasiões, este comportamento é aceitável. A influência social enquanto barreira não foi só refletida nas festas de anos, mas também nos lanches dos colegas dos filhos dos participantes. Assim, os participantes consideraram que a comparação e a partilha de lanches que as crianças fazem lhes foge ao controlo e aumenta o consumo de açúcar dos seus filhos. Isto vai ao encontro também dos resultados do estudo de Petrunoff e colaboradores (2014), em que os pais afirmaram que os alimentos que as outras crianças têm/comem aumentam a vontade dos seus filhos de comer guloseimas.

Para além disto, os participantes associaram com frequência os avós aos doces e à permissividade. Ou seja, mesmo que determinado alimento ou grupo de alimentos não fosse permitido ou fosse controlado em casa, os avós disponibilizavam-nos aos netos como forma de cultivar a relação com eles, segundo os participantes, convertendo-os numa barreira à regulação. Dos pais que mencionaram os avós como barreira (bastante menos de metade), a maioria mostrou desaproveitar essa disponibilização de alimentos açucarados, tendo-os já alertado para não o fazerem. No entanto, surgiu uma posição mais tolerante em relação a esta tendência dos avós por a entender como uma forma de cultivar a relação entre netos e avós. Acresce à importância desta barreira o facto de alguns dos participantes terem alegado que a responsabilidade de alimentar os filhos era partilhada com os avós.

O facto de percecionarem o açúcar como estando “escondido” em vários produtos também foi considerada uma barreira pelos pais, visto que alegavam nem imaginar que certos produtos têm açúcar na sua composição, não podendo controlá-lo. No mesmo sentido, vários participantes afirmaram não poder contar com os rótulos devido a não conseguirem compreendê-los. De facto, perceber as fontes e quantidades de açúcares livres dos alimentos não é fácil, dado que existem mais de 150 nomenclaturas diferentes para o identificar (Bernstein, Schermel, Mills, & L’Abbé, 2016). Esta dificuldade é sentida por diversos pais,

sendo que, por exemplo, no estudo de Petrunoff e colaboradores (2014), os pais referiram a simplificação dos rótulos dos produtos como um fator que ajudaria a limitar o seu fornecimento de doces aos seus filhos. Os participantes do estudo de Tierney, Gallagher, Giotis e Pentieva (2017) acrescentaram ainda que um sistema de cores semelhante ao de um semáforo ajudaria a identificar o conteúdo de açúcares adicionados dos alimentos.

Entre os facilitadores e as barreiras pode encontrar-se um padrão na medida em que os facilitadores tendem a ser fatores controláveis a partir do ambiente doméstico (e.g., o hábito, levar comida preparada em casa) e as barreiras tendem a ser fatores exteriores ao ambiente doméstico e mais relacionadas com a influência social (e.g., festas, influência dos colegas e partilha de lanches) e com o fator da oportunidade (modelo COM-B, Michie et al., 2011).

Nenhum participante demonstrou uma atitude favorável relativamente ao açúcar, no entanto, mais de metade percecionou o seu consumo ocasional como inofensivo. Esta atitude está de acordo com a noção de que baixos níveis de açúcar estão associados a uma dieta saudável e, portanto, que o elevado consumo excessivo de açúcar não é percebido como saudável (Paquette, 2005). Houve participantes que defenderam que uma restrição completa de alimentos com açúcar poderia ter mais efeitos negativos (e.g., as crianças não aprenderem a autorregular-se) do que permiti-los ocasionalmente. Esta ideia vai ao encontro das opiniões dos pais entrevistados no estudo de Petrunoff e colaboradores (2014), que expressaram receio que a restrição exagerada de um alimento levasse a que os seus filhos o consumissem em excesso em situações em que este estivesse disponível (e.g., festas). A ideia de que o açúcar/alimentos açucarados são viciantes e criam habituação foi bastante comum entre os participantes. Esta percepção é apoiada pela literatura, havendo provas de que o açúcar cria, de facto, adição e comportamentos de compulsão alimentar (Gearhardt, Roberts, & Ashe, 2013). Outra percepção comum foi a de que é difícil fugir ao açúcar devido a este estar em todo o lado. Também foi frequente a percepção de que as crianças no seu geral consomem muito açúcar mas que, por outro lado, o seu nível de atividade e metabolismo permitem “gastar” o que consomem, tornando o seu consumo mais inofensivo. Este tipo de “compensação” está presente também em outros estudos (e.g., Petrunoff et al., 2014), em que os participantes consideram que o consumo de guloseimas dos seus filhos pode ser frequente desde que eles tenham uma alimentação saudável e equilibrada.

Quando questionados acerca dos produtos e marcas direcionados especificamente para as crianças, a quase todos os participantes consideraram que estes contêm um elevado teor de açúcar. Pelo contrário, a incapacidade de nomear algum destes produtos ou marcas que contivesse um baixo teor de açúcar foi bastante frequente. Os refrigerantes foram os

produtos mais referidos na categoria de alimentos açucarados. Para além dos exemplos expectáveis como o Ice Tea e a Coca-Cola normal, surpreendentemente, surgiu a Coca-Cola Zero, sugerindo que existe a percepção de que esta tem um elevado teor de açúcar devida, possivelmente, à complexidade dos rótulos. À semelhança dos refrigerantes, as bolachas, os chocolates, os iogurtes e as papas (Cerelac) também foram incluídos nesta mesma categoria. Os sumos (e.g., Compal, Bongo) foram também incluídos pelos participantes na categoria de alimentos muito açucarados, no entanto, houve uma parte dos pais que os colocou na categoria de produtos com baixo teor de açúcar, indicando que estas marcas têm adoçantes naturais e que, embora sejam bons para a saúde, a nível de sabor não são. O facto de esta categoria de bebidas ter sido ambivalente entre os participantes demonstra que estes consideram os sumos menos maus para a saúde do que os refrigerantes, uma vez que houve vários participantes a considerar certos sumos aceitáveis, enquanto não houve nenhum participante a considerar refrigerantes aceitáveis. Vários pais consideraram os cereais de pequeno-almoço para crianças muito açucarados, porém, houve uma parte menor que indicou que já existiam cereais bons para crianças, sem grande adição de açúcar. O exemplo de alimento com baixo teor de açúcar que mais surgiu foi a fruta (que foi também o alimento mais referido como sendo saudável), tendo sido também mencionados pelos participantes os boiões de fruta e os pacotes de fruta de espremer como sendo também produtos com baixo teor de açúcar. Esta percepção é problemática, visto que enquanto a fruta no seu estado natural contém apenas os açúcares naturalmente presentes, sendo em forma de concentrado ou sumo de fruta, passam a ser contabilizados como açúcares livres e, portanto, muito mais prejudiciais à saúde (WHO, 2003).

A informação acerca do açúcar é algo que os participantes, em geral, relatam ter. Esta informação é adquirida de diferentes formas e através de diferentes fontes consoante os participantes. A situação mais comum retratada pelos participantes foi a de procura ativa de informação e a fonte mais escolhida foi a Internet. Apesar de ter sido caracterizada como uma fonte rápida e prática, foi também alvo de algumas críticas devido à fiabilidade ou falta dela da informação lá disponível e a ter muita informação, tornando-se pouco clara. Profissionais de saúde, notícias, formações e material científico (e.g., artigos) ou didático (e.g., manuais) foram outras fontes de informação referidas. Esta procura ativa e, portanto, demonstração de interesse em saber mais sobre alimentação (neste caso açúcar) está associada a uma maior capacidade de reconhecer as fontes de açúcares livres (Tierney et al., 2017). Quanto aos participantes que indicaram que obtinham informação sem uma procura ativa, as fontes mencionadas foram, principalmente, a comunicação social, a Internet, profissionais de saúde

e conversas informais. É possível destacar diferenças entre as duas situações, visto que na primeira, as fontes citadas tendem a precisar de ser exploradas ativamente para poder ser retirada informação, no entanto, na segunda, as próprias fontes tratam a informação de modo a já ir trabalhada para os recetores, não sendo necessária uma procura ativa.

A partir da informação que possuem e das suas percepções, os participantes indicaram as consequências que acreditam que o consumo de açúcar tem a curto e longo prazo. A consequência mais referida pelos pais foi a agitação ou hiperatividade, que direta ou indiretamente influencia negativamente a capacidade de atenção e, por conseguinte, o rendimento escolar. Apesar de estas serem as percepções dos participantes, existem vários estudos que indicam que não há associação entre o açúcar e o comportamento e desempenho cognitivo das crianças, nomeadamente a meta-análise de Wolraich, Wilson e White (1995). O estudo de Kim e Chang (2011) com crianças em idade escolar acrescenta que não há relação entre os comportamentos alimentares e a PHDA (perturbação de hiperatividade e défice de atenção), tal como o consumo de açúcares livres, mesmo que elevado (acima da recomendação da OMS), não aumenta o risco de desenvolver esta perturbação. Perante esta percepção discrepante da realidade comum a vários pais e, inclusivamente, comum a pais de crianças com PHDA, que relatam frequentemente um agravamento da hiperatividade após a ingestão excessiva de doces (Martins et al., 2019), Wolraich e colaboradores (1995) propuseram uma explicação. Essa possível explicação é o efeito que as crenças e expectativas dos pais têm na forma como percebem o comportamento dos filhos. Por exemplo, é comum que as crianças apresentem um estado de excitação em festas de aniversário e outras festividades, nas quais é também habitual a presença e consumo de grandes quantidades de açúcar. Uma vez que o açúcar é comumente ingerido e apreciado por crianças, as alterações no seu comportamento podem ser erradamente correlacionadas com o seu consumo (Wolraich et al., 1995). Houve uma participante que chegou à mesma conclusão, propondo que a agitação da filha nas festas pode dever-se ao ambiente e não ao consumo exagerado de açúcar. É ainda interessante referir que esta associação entre o elevado consumo de açúcar e as alterações comportamentais parece apenas fazer sentido em crianças, não tendo sido mencionada a possibilidade de o açúcar ter esse efeito em adultos.

O excesso de peso e a obesidade foram também muito associados ao consumo de açúcar, indicando que, em geral, esta consequência do consumo excessivo de açúcar parece ser evidente. O desenvolvimento de diabetes e a fraca saúde oral (cáries) foram também considerados consequências do consumo excessivo de açúcar pelos participantes. Esta consciência é positiva, visto que o excesso de peso e o risco de desenvolver doenças crónicas

não transmissíveis (e.g., diabetes, cáries dentárias) são considerados os efeitos mais críticos do consumo de açúcares livres pela OMS (WHO, 2015). As complicações cardiovasculares e os problemas oncológicos foram também mencionados como consequências. De facto, está comprovado que as DCNTs, tais como as doenças cardiovasculares e oncológicas, são possíveis consequências da má alimentação e principalmente do consumo exagerado de açúcares livres (WHO 2000, 2015).

Por fim, relativamente às intervenções a nível nacional, a grande maioria dos participantes consideraram a existência das mesmas importante e necessária. A intervenção já existente em Portugal mais recordada pelos participantes foi o aumento do IVA em bebidas açucaradas, no entanto, a maioria afirmou não a considerar eficaz. Assim, apresentaram sugestões como aumentar mais o preço para que este seja notório e combinar a medida com a diminuição dos preços dos alimentos saudáveis e sem adição de açúcar. Tal como os participantes deste estudo, os dos estudos de Petrunoff e colaboradores (2014) e de Nepper e Chai (2016) também percecionam os alimentos saudáveis como tendo preços demasiado elevados (mais elevados do que os alimentos não saudáveis). Furst e colaboradores (1996), no seu estudo, corroboram também a noção de que maior qualidade está frequentemente associada a preços mais elevados. Contrariamente à opinião dos participantes, a evidência sugere que este tipo de medidas é uma ferramenta eficaz para a promoção da alimentação saudável (Ministério da Saúde, 2018), não só para dificultar o acesso a determinados alimentos, mas também para incentivar a reformulação da oferta (PNPAS, 2016). Assim, no ano de implementação desta medida, verificou-se uma redução no volume de açúcar ingerido através destas bebidas açucaradas superior ao valor conseguido através da educação e autorregulação durante os três anos anteriores (Ministério da Saúde, 2018). Os pais mencionaram também as ações de sensibilização existentes nas escolas, considerando-as muito importantes e indicando que os filhos transmitiam em casa o conhecimento adquirido na escola. A revisão de Santos e colaboradores (2018) apoia a relevância destas ações nas escolas e afirma que são um local extremamente adequado e eficaz para a realização das mesmas, podendo através da educação alimentar, incentivar mudanças na alimentação. A redução da gramagem dos pacotes de açúcar também foi uma medida conhecida pelos participantes, tendo mais de metade dos que a recordaram considerado eficaz. Os pais sugeriram também intervenções que consideraram que faltavam e deveriam ser implementadas. Estes julgaram necessárias:

- a) Campanhas de sensibilização e informação;

- b) Mais controlo nas escolas. Embora os participantes considerem isto uma necessidade, constatou-se que, segundo estes, uma grande parte (metade) das escolas não tinha nenhum tipo de regra ou recomendação relacionada com a alimentação das crianças;
- c) Limitar/proibir a publicidade de produtos muito açucarados. Esta sugestão vai ao encontro das perspetivas de Magnus e colaboradores (2009) e Longacre e colaboradores (2017), que apoiam que a restrição dos anúncios televisivos dirigidos a crianças diminui o seu consumo de açúcar e previne a obesidade. É importante referir também que uma lei limitadora da publicidade a alimentos deste tipo foi recentemente aprovada em Portugal;
- d) Limitar as quantidades de açúcar permitidas nos alimentos. Uma sugestão semelhante surgiu também no estudo de Petrunoff e colaboradores (2014), em que os pais apoiam uma reformulação dos produtos alimentares, responsabilizando, para tal, a indústria alimentar.

Por último, as escolas, o governo e as famílias, com especial incidência nos pais, foram as entidades mais referidas como devendo estar envolvidas nas intervenções sugeridas pelos participantes.

Ao analisar criticamente este estudo, é importante referir que as respostas dos participantes estão suscetíveis à deseabilidade social, podendo este fenómeno encobrir os seus verdadeiros pontos de vista. Para além disso, estas respostas estão também mais sujeitas à interpretação dos investigadores, em comparação com estudos realizados com uma perspetiva quantitativa.

Em estudos futuros, seria interessante entrevistar também as crianças e compreender quais as suas percepções e atitudes relativamente aos temas abordados. Em várias entrevistas deste estudo, os pais afirmaram que as suas crianças cada vez mais têm consciência e cuidado com as questões da alimentação. Além disso, poderá ser relevante, futuramente, ter uma representação de ambos os sexos mais igualitária, visto que o pai está cada vez mais envolvido na educação alimentar das crianças (Coelho et al., 2017), tornando igualmente importante explorar as suas percepções. Houve também um participante que destacou a ideia de que se desde sempre tivesse havido no mercado produtos com menos açúcar, as pessoas não sentiriam diferença nem falta de alimentos com mais açúcar. A partir desta ideia, poder-se-ia conduzir um estudo experimental em que se desse a provar um produto existente no mercado (e.g., Cerelac) e a sua versão menos açucarada (e.g., Cerelac - 40% de açúcares) em diferentes ordens a diferentes participantes. Assim, possivelmente, testar-se-ia se os

participantes que provassem primeiro a versão normal, de facto, sentiriam uma grande diferença quando provassem a versão menos açucarada (não gostando da mesma por ser pouco doce) e se os participantes que provassem primeiro a versão menos açucarada sentiriam uma grande diferença quando provassem a versão normal (não gostando da mesma por ser demasiado doce). Para melhor perceber a divergência de percepções verificada neste estudo relativamente a diversas marcas e produtos específicos (e.g., sumos), poder-se-ia realizar um estudo quantitativo em que se apresentassem exemplares de diferentes marcas/produtos aos participantes para que estes julgassem a sua salubridade.

Este estudo permitiu aprofundar os conhecimentos acerca das práticas parentais relacionadas com a alimentação já existentes e contextualizar estes comportamentos através das opiniões, crenças e percepções de pais de crianças a frequentar o 1º ciclo do ensino básico. Permitiu também explorar as razões por trás das atitudes dos participantes acerca do açúcar e das diversas maneiras de controlar o seu consumo nas crianças, esperando fomentar novos estudos sobre as temáticas abordadas. Confirmou-se que os pais possuem variadas estratégias para moldar propositadamente o comportamento alimentar dos seus filhos e concluiu-se que, embora algumas possam assumir consequências negativas, a generalidade parece ser adequada para o efeito. Concluiu-se também que os pais consideram o consumo de açúcar prejudicial e reconhecem a necessidade de estratégias, tanto a nível individual como a nível da população em geral, para regular o seu consumo. Por fim, concluiu-se que os participantes consideram as escolas, o governo e as famílias as entidades que mais deveriam estar envolvidas nestas intervenções.

Referências

- Assembleia da República (2019, 23 de abril). Lei n.º 30/2019. *Diário da República, 1ª série, n.º 79/2019*, pp. 2257-2258.
- Bernstein, J., Schermel, A., Mills, C., & L'Abbé, M. (2016). Total and free sugar content of Canadian prepackaged foods and beverages. *Nutrients*, 8(9), 582.
- Birch, L. L. (1998). Development of food acceptance patterns in the first years of life. *Proceedings of the Nutrition Society*, 57(4), 617-624.
- Birch, L. L., & Fisher, J. O. (1998). Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics*, 101(Supplement 2), 539-549.
- Birch, L. L., Marlin, D. W., & Rotter, J. (1984). Eating as the "means" activity in a contingency: Effects on young children's food preference. *Child Development*, 431-439.
- Bloom, D. E., Cafiero, E., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., ... & O'Farrell, D. (2012). *The global economic burden of noncommunicable diseases* (No. 8712). Program on the Global Demography of Aging.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Brug, J., Schols, A., & Mesters, I. (2004). Dietary change, nutrition education and chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Education and Counseling*, 52(3), 249-257.
- Bull, S. & Solity, J. (1987) Classroom Management: Principles to Practical. pp. 103-133. London: Croom Helm Ltd.
- Burnett, C. (1994). The use of sweets as rewards in schools. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 7(6), 441-446.
- Carneiro, H. (2017). *Comida e sociedade: uma história da alimentação*. Elsevier Brasil.
- Cialdini, R. B., Reno, R. R., & Kallgren, C. A. (1990). A focus theory of normative conduct: recycling the concept of norms to reduce littering in public places. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(6), 1015.
- Coelho, C., Afonso, L., & Oliveira, A. (2017). Práticas parentais de controlo alimentar: relação com o peso da criança. *Acta Portuguesa de Nutrição*, (9), 6-11.
- CUF (2014). *Açúcar em excesso: o que faz ao seu corpo (Infografia)* [PDF]. Retirado de www.saudecuf.pt/unidades/cascais/mais-saude/artigo/acucar-em-excesso-o-que-faz-ao-seu-corpo
- Cutting, T. M., Grimm-Thomas, K., & Birch, L. L. (1997). Is maternal disinhibition associated with children's overeating? *The FASEB Journal*, 11(3), A174
- Dixon, H. G., Scully, M. L., Wakefield, M. A., White, V. M., & Crawford, D. A. (2007). The effects of television advertisements for junk food versus nutritious food on children's food attitudes and preferences. *Social Science & Medicine*, 65(7), 1311-1323.
- Ebbeling, C. B., Pawlak, D. B., & Ludwig, D. S. (2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *The Lancet*, 360(9331), 473-482.
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle: A reissue*. New York: Norton.
- Fisher, J. O., & Birch, L. L. (1995). Fat preferences and fat consumption of 3-to 5-year-old children are related to parental adiposity. *Journal of the American Dietetic Association*, 95(7), 759-764.

- Fitzgibbon, M. L., Stolley, M. R., Dyer, A. R., VanHorn, L., & KauferChristoffel, K. (2002). A community-based obesity prevention program for minority children: Rationale and study design for Hip-Hop to Health Jr. *Preventive Medicine, 34*(2), 289-297.
- Furst, T., Connors, M., Bisogni, C. A., Sobal, J., & Falk, L. W. (1996). Food choice: a conceptual model of the process. *Appetite, 26*(3), 247-266.
- Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2016, 6 de junho). Despacho n.º 7516 – A/2016. *Diário da República, 2.ª série, n.º 108*, pp. 18034(6) – 18034(7).
- Gearhardt, A., Roberts, M., & Ashe, M. (2013). If sugar is addictive... what does it mean for the law?. *The Journal of Law, Medicine & Ethics, 41*(1_suppl), 46-49.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). Grounded theory: The discovery of grounded theory. *Sociology the Journal of the British Sociological Association, 12*(1), 27-49.
- Hancox, R. J., Milne, B. J., & Poulton, R. (2004). Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. *The Lancet, 364*(9430), 257-262.
- Hays, N. P., & Roberts, S. B. (2008). Aspects of eating behaviors “disinhibition” and “restraint” are related to weight gain and BMI in women. *Obesity, 16*(1), 52-58.
- Higgs, S. (2015). Social norms and their influence on eating behaviours. *Appetite, 86*, 38-44.
- International Food Policy Research Institute (2016). *Global Nutrition Report 2016 – From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030*. Washington, DC: IFPRI.
- Jiang, Y., Pan, Y., Rhea, P. R., Tan, L., Gagea, M., Cohen, L., ... & Yang, P. (2016). A sucrose-enriched diet promotes tumorigenesis in mammary gland in part through the 12-lipoxygenase pathway. *Cancer Research, 76*(1), 24-29.
- Kim, Y., & Chang, H. (2011). Correlation between attention deficit hyperactivity disorder and sugar consumption, quality of diet, and dietary behavior in school children. *Nutrition Research and Practice, 5*(3), 236-245.
- King, M. F., & Bruner, G. C. (2000). Social desirability bias: A neglected aspect of validity testing. *Psychology & Marketing, 17*(2), 79-103.
- Klesges, R. C., Coates, T. J., Brown, G., Sturgeon-Tillisch, J., Moldenhauer-Klesges, L. M., Holzer, B., ... & Vollmer, J. (1983). Parental influences on children's eating behavior and relative weight. *Journal of Applied Behavior Analysis, 16*(4), 371-378.
- Larsen, J. K., Hermans, R. C., Sleddens, E. F., Engels, R. C., Fisher, J. O., & Kremers, S. P. (2015). How parental dietary behavior and food parenting practices affect children's dietary behavior. Interacting sources of influence? *Appetite, 89*, 246-257.
- Larsson, S. C., Bergkvist, L., & Wolk, A. (2006). Consumption of sugar and sugar-sweetened foods and the risk of pancreatic cancer in a prospective study. *The American Journal of Clinical Nutrition, 84*(5), 1171-1176.
- Lean, M., Lara, J., & Hill, J. O. (2006). Strategies for preventing obesity. *Bmj, 333*(7575), 959-962.
- Leonard, W. R. (2014). The global diversity of eating patterns: Human nutritional health in comparative perspective. *Physiology & Behavior, 134*, 5-14.
- Liang, T., Kuhle, S., & Veugelers, P. J. (2009). Nutrition and body weights of Canadian children watching television and eating while watching television. *Public Health Nutrition, 12*(12), 2457-2463.

- Lobstein, T., & Jackson-Leach, R. (2016). Planning for the worst: estimates of obesity and comorbidities in school-age children in 2025. *Pediatric Obesity, 11*(5), 321–325. doi:10.1111/ijpo.12185
- Longacre, M. R., Drake, K. M., Titus, L. J., Harris, J., Cleveland, L. P., Langeloh, G., ... & Dalton, M. A. (2017). Child-targeted TV advertising and preschoolers' consumption of high-sugar breakfast cereals. *Appetite, 108*, 295-302.
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., ... & Vilela, S. (2017). Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados. Universidade do Porto. ISBN: 978-989-746-181-1. Disponível em: www.ian-af.up.pt.
- Magnus, A., Haby, M. M., Carter, R., & Swinburn, B. (2009). The cost-effectiveness of removing television advertising of high-fat and/or high-sugar food and beverages to Australian children. *International Journal of Obesity, 33*(10), 1094.
- Martins, T. P., Costa, C., Pereira, C., Pinho, C. M., Teixeira, C., Ribeiro, H., ... & Namora, N. (2019). Qual a evidência da restrição do consumo de açúcar nas crianças com PHDA?. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 35*(1), 37-41.
- Mei, Z., Grummer-Strawn, L. M., Pietrobelli, A., Goulding, A., Goran, M. I., & Dietz, W. H. (2002). Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents. *The American Journal of Clinical Nutrition, 75*(6), 978-985.
- Michie, S., Van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science, 6*(1), 42.
- Ministério da Educação - Direção-Geral da Educação (2018). Orientações sobre Ementas e Refeitórios Escolares.
- Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde, Portugal.
- Nepper, M. J., & Chai, W. (2016). Parents' barriers and strategies to promote healthy eating among school-age children. *Appetite, 103*, 157-164.
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., ... & Abraham, J. P. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet, 384*(9945), 766-781.
- Nowicka, P., Sorjonen, K., Pietrobelli, A., Flodmark, C. E., & Faith, M. S. (2014). Parental feeding practices and associations with child weight status. Swedish validation of the Child Feeding Questionnaire finds parents of 4-year-olds less restrictive. *Appetite, 81*, 232-241.
- Paes, V. M., Hesketh, K., O'Malley, C., Moore, H., Summerbell, C., Griffin, S., ... & Lakshman, R. (2015). Determinants of sugar-sweetened beverage consumption in young children: a systematic review. *Obesity Reviews, 16*(11), 903-913.
- Paquette, M. C. (2005). Perceptions of healthy eating: state of knowledge and research gaps. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique, S15-S19*.

- Patrick, H., Nicklas, T. A., Hughes, S. O., & Morales, M. (2005). The benefits of authoritative feeding style: caregiver feeding styles and children's food consumption patterns. *Appetite*, 44(2), 243-249.
- Petrunoff, N. A., Wilkenfeld, R. L., King, L. A., & Flood, V. M. (2014). 'Treats', 'sometimes foods', 'junk': a qualitative study exploring 'extra foods' with parents of young children. *Public Health Nutrition*, 17(5), 979-986.
- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS, 2016). Redução do consumo de açúcar em Portugal: Evidência que justifica a ação. Lisboa, PT: PNPAS, DGS. Retirado de <https://nutrimento.pt/noticias/1-de-fevereiro-inicio-da-taxacao-de-bebidas-acucaradas-em-portugal/>
- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS, 2018). Alimentação saudável. Desafios e estratégias. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- 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(2), 629-637.
- Rodrigues, A. M., Alves, O. M. A., & Amorim, E. C. B. L. F. (2015). Impacto do Projeto de Intervenção na Obesidade Infantil no primeiro ciclo de um agrupamento de escolas. *Revista de Enfermagem Referência*, (5), 57-64.
- Rozin, P. (1996). The socio-cultural context of eating and food choice. In H. L. Meiselman & H. J. H. MacFie (Eds.), *Food Choice, Acceptance and Consumption* (pp. 83-104). Springer, Boston, MA.
- Santos, B., Silva, C., & Pinto, E. (2018). Importância da escola na educação alimentar em crianças do primeiro ciclo do ensino básico-como ser mais eficaz. *Acta Portuguesa de Nutrição* (14), 18-23.
- Savage, J. S., Fisher, J. O., & Birch, L. L. (2007). Parental Influence on Eating Behavior. *J Law Med Ethics*, 35(1), 22-34.
- Skinner, B. F. (1963). Operant behavior. *American Psychologist*, 18(8), 503.
- Stang, J., & Loth, K. A. (2011). Parenting Style and Child Feeding Practices: Potential Mitigating Factors in the Etiology of Childhood Obesity. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(9), 1301-1305.
- Tierney, M., Gallagher, A., Giotis, E., & Pentieva, K. (2017). An online survey on consumer knowledge and understanding of added sugars. *Nutrients*, 9(1), 37.
- Torres, S. J., & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23(11-12), 887-894.
- Valkenburg, P. M., & Cantor, J. (2001). The development of a child into a consumer. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 22(1), 61-72.
- Ventura, A. K., & Mennella, J. A. (2011). Innate and learned preferences for sweet taste during childhood. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 14(4), 379-384.
- Ventura, A. K., Gromis, J. C., & Lohse, B. (2010). Feeding Practices and Styles Used by a Diverse Sample of Low-income Parents of Preschool-age Children. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 42(4), 242-249. doi:10.1016/j.jneb.2009.06.002

- Viana, V., Santos, P. L. D., & Guimarães, M. J. (2008). Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 209-231.
- Wolraich, M. L., Wilson, D. B., & White, J. W. (1995). The effect of sugar on behavior or cognition in children: a meta-analysis. *Jama*, 274(20), 1617-1621.
- World Health Organization (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation*.
- World Health Organization (2003). *Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation* (Vol. 916). WHO.
- World Health Organization (2007a). *Percentiles: girls* [PDF]. Retirado de www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/
- World Health Organization (2007b). *Percentiles: boys* [PDF]. Retirado de www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/
- World Health Organization (2014). *Global status report on noncommunicable diseases*. Switzerland: WHO.
- World Health Organization (2015). *Guideline: Sugars intake for adults and children*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization (2019). WHO/Europe studies find baby foods are high in sugar and inappropriately marketed for babies. Retirado de www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2019/whoeurope-studies-find-baby-foods-are-high-in-sugar-and-inappropriately-marketed-for-babies
- Yee, A. Z., Lwin, M. O., & Ho, S. S. (2017). The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 47.
- Zoumas-Morse, C., Rock, C. L., Sobo, E. J., & Neuhauser, M. L. (2001). Children's patterns of macronutrient intake and associations with restaurant and home eating. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 101(8), 923.

Anexos

Anexo A – Guião de Entrevista

GUIÃO ENTREVISTAS

INTRODUÇÃO

Apresentação do Entrevistador/a e do Estudo

Bom dia/boa tarde, agradeço desde já a sua participação nesta entrevista sobre alimentação, cuja duração estimada é entre 45 a 60 minutos.

Este estudo enquadra-se num projeto que foi financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia e que pretende investigar, através da realização de entrevistas, os hábitos e preferências alimentares das famílias com **crianças a frequentar o 1º ciclo**.

Apresentação do Modo de Funcionamento da Entrevista

O objetivo da conversa que vamos ter hoje é **ouvir as suas ideias, opiniões e experiências** sobre as questões que forem colocadas. Não existem respostas certas nem erradas. Sinta-se à vontade para partilhar os seus pontos de vista.

É importante que saiba que a entrevista é de carácter voluntário e que pode retirar-se a qualquer momento, se assim o desejar.

A **entrevista vai ser gravada** de forma a não perdermos nenhum dos seus comentários e poder posteriormente analisá-los com rigor. No entanto, nenhum nome será incluído nos relatórios. As suas respostas são estritamente confidenciais.

A sua participação é muito relevante para o desenrolar deste estudo.

Muito obrigada.

HÁBITOS /PADRÕES ALIMENTARES DA FAMÍLIA

- Gostaria que começasse por me apresentar brevemente a sua família (ou seja, com quem vive, quantos filhos tem e de que idades) e que falasse um pouco dos vossos hábitos alimentares.

Por exemplo:

- Habitualmente, quem é o responsável pela compra dos alimentos?
- Costumam preparar as refeições em casa? Se sim, quem costuma cozinhar? A(s) crianças ajudam?
- Costumam fazer as refeições em conjunto?
- Costumam frequentar restaurantes em família? Se sim, de que tipo e quais as razões para escolher esses restaurantes (e.g., conveniência, preço, preferência das crianças, etc.)
- Costumam encomendar/ir buscar refeições já preparadas (por exemplo, take away, comida congelada, pré-cozinhados)? Se sim, de que tipo e quais as razões para escolher esses locais ou produtos (e.g., conveniência, preço, preferência das crianças, etc.)
- Em que medida considera que os seus hábitos alimentares se alteraram depois de ter filhos? (se não referido espontaneamente, havendo alterações, procurar explorar o tipo de mudanças que ocorreram)

HÁBITOS /PADRÕES ALIMENTARES DA(S) CRIANÇAS: CASA & ESCOLA

- Gostaria agora de perceber em maior detalhe como são hábitos alimentares do(s) seu(s) filho(s).
- Em geral, diria que o(s) seu(s) filho(s) come(m) bem ou é/são difícil/eis para comer? Para responder pense por exemplo se aceita(m) alimentos variados ou é/são “esquisita”?
- Podia contar-me um dia típico de alimentação da(s) criança(s)? Ou seja, pensando em todas as refeições, peço-lhe que indique (por alto) o que a criança costuma comer, se é em casa ou na escola
 - Pequeno-almoço
 - Almoço
 - Lanche(s)
 - Jantar
- Caso a(s) crianças faça(m) refeições na escola:
 - Que tipo de alimentos é disponibilizado pela escola: refeições principais (almoço), lanches (e.g. leite escolar)? Qual a sua opinião geral acerca dos mesmos?
 - Tem conhecimento se a escola tem regras (formais ou recomendações) relacionadas com a alimentação que vem de casa (por exemplo, que tipo de alimentos podem ser incluídos nas lancheiras)?
- Lá em casa, há algum tipo de alimento “proibido” ou controlado (e.g., só permitido em dias de festa)? Se sim, que tipos? (e.g., refrigerantes, bolos, salgados...)
- Como é que incentiva os/as seus/suas filhos/as a consumir alimentos que considera saudáveis/adequados? Há alguma coisa que eles/as não gostem muito e que os incentive a comer? (e.g. estratégias: moer a sopa)

COMPRAS

Pensando agora apenas em compras

- Há algum tipo de produto que compre exclusivamente para a(s) criança(s)? Se sim, por favor dê exemplos desse(s) produto(s) e explique porque os escolhe? (exemplos de atributos: preço, familiaridade, conveniência, hedónico, afetivo, calorias, ingredientes, origem, produtos light/diet/”livre de”, restrições alimentares)
- Imagine que a(s) sua(s) criança(s) lhe pede(m) no supermercado para comprar um alimento que não considera adequado o(s) seu(s) filho(s) comer(em). Como lida com a situação? [Explorar que tipos de produtos]

AÇÚCAR

Vamos agora falar especificamente do açúcar

- Qual a sua opinião sobre as crianças consumirem açúcar? (Acha que é bom/ mau? Necessário/ desnecessário? Saudável/ não saudável?)
- Já procurou informação sobre este assunto? Se sim, a que fontes recorre (e.g. redes sociais, livros, artigos, notícias, revistas, profissionais de saúde)?
- Que tipos de alimentos / bebidas (i.e., classes de produtos) é que associa logo a açúcar?
- Em termos gerais acha que as bebidas e alimentos que são promovidos para as crianças têm muito ou pouco açúcar? Pode dar-me exemplos de produtos (e respetivas marcas) que considera ter elevado teor de açúcar adicionado? E baixo?

- Na sua opinião, o consumo de açúcar tem algum impacto na(s) sua criança (tanto a curto como a longo prazo – no comportamento, na saúde, etc.)?
- Acha que é fácil ou difícil controlar a quantidade de açúcar que o(s) filho(s) consome(m)?
 - Porquê? (explorar barreiras e facilitadores)
 - Caso costume controlar, que tipo de estratégias usa (e.g., escolha de produtos com menos açúcar, consumo em dias especiais, etc).

INTERVENÇÕES

- Na sua opinião, é importante definir estratégias para reduzir a quantidade de açúcar ingerido pelas crianças Portuguesas? Porquê?
- O que poderia ser feito?
- Quem deveria ser envolvido (pais, famílias mais alargadas, escola, etc.)
- Conhece alguma medida do governo português acerca desta questão? Se sim, concorda com essas medidas? Até que ponto acha que são eficazes? (e.g., impostos mais elevados para bebidas com elevado teor de açúcar)

CONCLUSÃO

- Apenas antes de concluir gostaria de perguntar se houve **algum aspeto que considere importante** / alguma ideia que lhe tenha surgido e que ainda não tenha sido abordado/ não tenha tido oportunidade de partilhar?
- Voltar a **agradecer** a presença do/a participante;
- Certificar que o/a participante preenche o **questionário** sobre aspetos sociodemográficos.

Anexo B – Questionário

QUESTIONÁRIO FINAL

Pedimos-lhe agora que responda a algumas questões relativas a variáveis sociodemográficas, e aos hábitos alimentares e de prática de atividade física da sua família.

Iniciais _____

Nacionalidade Portuguesa Outra: _____ SE “Outra”, há quantos anos reside em Portugal? _____

Rendimento mensal Inferior a 500€ 500 a 1000€ 1000 a 1500€ 1500 a 2000 2000 a 2500€ 2500 a 3000€ Superior a 3000€

Não sei / Não respondo

Com que frequência faz atividades ou brincadeiras ativas com a sua família (e.g., caminhadas, andar de bicicleta, jogar à bola, etc.)?

Pouco Frequente 1 2 3 4 5 6 7 Muito Frequente

Que atividades costumam preferir? _____

A/s sua/s criança/s frequentam alguma atividade extracurricular (e.g., Atividades Físicas e Desportivas [AFD]; Futebol; Ginástica; Ballet)?

Se sim qual/quais?

Filho 1: _____

Filho 2: _____

Filho 3: _____

Percepções e Estratégias de Regulação do Consumo de Açúcar nas Crianças

Por último, pedimos-lhe que preencha o quadro abaixo para o agregado familiar. Na coluna **membro**, indique o seu caso em primeiro lugar (riscando o que não interessa). No **estilo alimentar** indique se algum membro do agregado familiar segue um estilo alimentar específico (e.g., vegetariano, livre de glúten, dieta para perda/ganho peso, etc.). Nas **condições de saúde**, por favor indique apenas as que condicionam a sua alimentação (e.g., diabetes; alergias ou intolerâncias alimentares; etc.). Na **percepção de peso**, pedimos-lhe a sua opinião acerca do peso de cada membro da família (ou seja, baixo peso; peso normal; excesso de peso; obesidade).

Membro	Idade	Peso	Altura	Habilitações Literárias	Estilo Alimentar	Condições de saúde	Percepção Peso
Mãe/Pai/Outro				Profissão:			Baixo peso [] Peso normal [] Excesso de peso [] Obesidade []
Mãe/Pai/Outro				Profissão:			Baixo peso [] Peso normal [] Excesso de peso [] Obesidade []
Filho 1							Baixo peso [] Peso normal [] Excesso de peso [] Obesidade []
Filho 2							Baixo peso [] Peso normal [] Excesso de peso [] Obesidade []

Percepções e Estratégias de Regulação do Consumo de Açúcar nas Crianças

Filho 3							Baixo peso [] Peso normal [] Excesso de peso [] Obesidade []
_____							Baixo peso [] Peso normal [] Excesso de peso [] Obesidade []
_____							Baixo peso [] Peso normal [] Excesso de peso [] Obesidade []

Mais uma vez, obrigada pela sua participação!

[A preencher pelo **Investigador**]

Data: ____ / ____ / ____

Número de Entrevista:

Anexo C – Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO [ORIGINAL]

NOME DO ESTUDO: Entrevista sobre hábitos alimentares

Objetivo do Estudo

Através da realização de entrevistas individuais pretendemos investigar os hábitos e preferências alimentares de famílias a frequentar o 1º ciclo. Este estudo insere-se num projeto a decorrer no ISCTE-IUL, sob a coordenação da Prof. Marília Prada, com financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Condições do Estudo

O tempo previsto de cada sessão de entrevista de grupo é de 45 a 60 minutos.

Benefícios da Participação

Ao participar neste estudo está a contribuir para o desenvolvimento de conhecimento científico que poderá ser aplicado a estratégias de promoção de hábitos de alimentação saudável na população Portuguesa.

Como forma de agradecer a sua colaboração, iremos entregar-lhe um cartão presente de 10 € que poderá utilizar em lojas Pingo Doce,

Voluntariado

A sua colaboração tem um carácter voluntário. O participante tem a possibilidade, por motivos éticos, de negar a participação ou de se retirar do estudo, a qualquer momento, sempre que assim o entender.

Confidencialidade, Privacidade e Anonimato

De acordo com as normas da Comissão de Proteção de Dados, os dados recolhidos são anónimos e a sua eventual publicação só poderá ter lugar em Revistas da especialidade. A entrevista será gravada (registo áudio), exclusivamente para efeitos de transcrição e análise da informação. A identidade dos participantes não será divulgada, sendo as transcrições das suas intervenções na entrevista de grupo identificadas através das iniciais do participante (e.g., “MP”).

As gravações apenas estarão acessíveis a colaboradores do projeto, sendo o seu armazenamento em lugar seguro (protegido por palavra-passe) da responsabilidade da Investigadora Principal (Marília Prada). As gravações serão posteriormente eliminadas (período de armazenamento até 5 anos após gravação).

Pré-requisitos

Ao aceitar colaborar nesta investigação, assume que:

- Compreende a informação anteriormente apresentada;
- Aceita o registo áudio da sessão nos termos acima descritos;

Estamos disponíveis para esclarecer quaisquer questões acerca da sua participação no estudo antes de proceder.

Caso tenha alguma outra questão/comentário acerca do estudo ou do projeto em que este se insere, poderá também contactar o Investigador Principal através do email **marilia_prada@iscte-iul.pt**.

[A preencher pelo **Participante**]

Tendo tomado conhecimento sobre a informação disponível do estudo, declaro aceitar participar e confirmo a receção de um cartão presente (valor 10€).

Data: ____ / ____ / ____

Nome (legível): _____

Assinatura: _____

[A preencher pelo **Investigador**]

Confirmo que o participante leu o termo de consentimento informado e que, tanto quanto é do meu conhecimento, compreendeu os detalhes nele apresentados e recebeu uma cópia do documento.

Data: ____ / ____ / ____

Nome (legível): _____

Assinatura: _____

Anexo D – Árvore de Categorias

Árvore de Categorias

A. Alimentação e hábitos alimentares da família

A1. Descrição de hábitos

A1.1. Comprar

A1.2. Cozinhar

A1.3. Comer (de) Fora

A1.4. Alterações após ter filhos

A2. Crenças sobre alimentação saudável / não saudável

A3. Determinantes da alimentação / hábitos alimentares

A3.1. Capacidade

A3.2. Oportunidade

A3.3. Motivação

B. Alimentação e hábitos alimentares da criança

B1. Descrição de hábitos

B1.1. Preferências

B1.2. Alimentação dia-a-dia

B1.3. Alimentos exclusivos

B2. Estratégias de controlo e incentivos

B3. Determinantes da alimentação / hábitos alimentares da criança

B3.1. Capacidade

B3.2. Oportunidade

B3.3. Motivação

C. Consumo de açúcar

C1. Atitudes face ao açúcar e ao consumo de açúcar

C2. Identificação (e percepções sobre) de alimentos associados a açúcar

C2.1 Baixo Açúcar

C2.2 Elevado Açúcar

C3. Conhecimento/informação sobre açúcar

C4. Regulação do consumo do açúcar das crianças

D. Intervenções de promoção de alimentação saudável e/ou redução de consumo de açúcar

D1. Atitude face à intervenção

D2. Tipos de intervenção

D2.1 As que propõem

D2.2 As que existem/recordam

Anexo E – Dicionário de Categorias

Dicionário de Categorias

A. Alimentação e hábitos alimentares da família. Referências a fatores relacionados com alimentação e hábitos alimentares (em geral).

A1. Descrição de hábitos. Mera descrição dos hábitos alimentares da família em geral (e.g., o que comem, onde comem, como comem), sem referência a se é muito ou pouco saudável.

Exemplos:

“...o pequeno-almoço, eu saio mais cedo de casa, eles ainda estão a dormir, portanto eles tomam o pequeno-almoço juntos. E depois o almoço é feito, durante a semana, eu almoço cá, o meu marido no trabalho e o meu filho na escola e ao jantar, jantamos, é a refeição que fazemos os três. Ao fim de semana, fazemos as refeições todas juntos, por norma.” (E14)

“...nós comemos todos [sopa] ao almoço e ao jantar.” (E14)

A1.1. Comprar. Descrição de quem compra alimentos para casa.

Exemplos:

“Sou eu [mãe], normalmente sou eu.” (E14)

A1.2. Cozinhar. Descrição de como e quem cozinha em casa.

Exemplos:

“Sou eu também, mas pronto, o meu marido... Ele só faz um prato, mas fá-lo muito bem e portanto é muito famoso lá em casa... são bifes do lombo grelhados com esparguete, que ele apura a receita. Mas de resto sou eu.” (E14)

“Muito, desde sempre. Ele [filho] gosta muito de cozinhar, sim.” (E14)

A1.3. Comer (de) Fora. Descrição de se frequentam restaurantes em família, quais escolhem e porquê e se consomem *take-away*, de que estabelecimentos e porque os escolhem.

Exemplos:

“Nós quando vamos jantar fora, normalmente, vamos ou comemos... ele pede ou isso [peixe grelhado] ou aquelas massas que são feitas... que depois ele pede para juntar salmão, é o salmão e o salmão, ou atum e pronto...” (E14)

“Às vezes, nestes dias principalmente, terças e quintas... às vezes vamos lá buscar comida confeccionada no Pingo Doce mas fresca.” (E14)

A1.4. Alterações Após Filhos. Identificação das alterações nos hábitos alimentares do próprio e da família depois do nascimento dos filhos. Comparação antes-depois.

Exemplos:

“Ah, mudaram bastante. Começámos a pôr muito menos sal por causa das primeiras comidas dele e depois acabámos por manter essa menor quantidade de sal em tudo. E porque não fazíamos as refeições todas... não eram tão saudáveis, eram muito mais a despachar, éramos só os dois portanto qualquer coisa servia, chegávamos e portanto... E a partir desse momento começámos a... Sim, a nossa dieta alimentar ficou muito mais rígida e equilibrada, sim.” (E14)

A2. Crenças sobre alimentação saudável / não saudável. Descrição de hábitos alimentares considerados saudáveis / não saudáveis tanto do próprio como da criança.

Exemplos:

“Nós comemos preferencialmente saudável, não faço fritos, não uso fritadeiras.” (E2)

“...o máximo de alimentação saudável possível, como fruta.” (E39)

A3. Determinantes da alimentação / hábitos alimentares. Descrição / identificação de fatores que influenciam a alimentação / hábitos alimentares.

A3.1. Capacidade. Fatores relacionados com a capacidade física ou psicológica para realizar o comportamento em causa, incluindo aspetos relacionados com conhecimento, competências, regulação comportamental, memória, atenção e processos de decisão.

Exemplos:

“Ou então sou eu que não sei cozinhar, mas a carne de porco não me diz absolutamente nada.” (E42)

A3.2. Oportunidade. Todos os fatores de contexto físico ou social que tornam o comportamento (im)possível e/ou que o facilitam ou impedem.

Exemplos:

”Por exemplo, à terça e à quinta, como o meu filho tem judo e já sai às oito e tal do judo, acabamos por jantar ali perto.” (E14)

“...temos o Pingo Doce à porta...” (E14)

A3.3. Motivação. Processos mentais que impulsionam ou direcionam o comportamento, incluindo tanto processos deliberados e decisões conscientes (e.g., crenças sobre consequências ou capacidades pessoais, intenções, objetivos) como aspetos automáticos e afetivos (e.g., reforço, emoções).

Exemplos:

“A ambição é essa [ser vegetariano], mas com tanta gente é difícil.” (E33)

B. Alimentação e hábitos alimentares da criança

B1. Descrição de hábitos. Mera descrição dos hábitos alimentares da criança (e.g., o que come, onde come, como come), sem referência a se é muito ou pouco saudável.

B1.1. Preferências. Descrição geral sobre se a criança come bem ou é esquisita e identificação de aquilo que a criança gosta de comer e aquilo que não gosta.

Exemplos:

“Mas, de resto, ele gosta muito de jantar peixe grelhado, é o que ele pede sempre, com salada.” (E14)

“Ele detesta polvo e chocos e lulas. Mas eu acho que tem muito a ver é com a textura, com a própria textura quando ele mastiga... Mas acho que é assim o único alimento que ele não adere tão bem.” (E14)

B1.2. Alimentação dia-a-dia. Descrição geral das refeições do dia-a-dia da criança, em que consistem e onde são realizadas.

Exemplos:

“Então ao pequeno-almoço ele costuma alternar entre os cereais com leite e o iogurte com torrada... Ao almoço e depois ao jantar também costuma comer, mas o pequeno-almoço tem muito a ver com essa alternância entre o leite com os cereais e o iogurte com as torradas.” (E14)

“Então é assim, de manhã ao pequeno-almoço, ela durante a semana come cereais, ao fim de semana é que ela diversifica um pouco mais, fazemos panquecas assim de aveia com banana, mas pronto, num dia normal de aulas, ela come os cereais.” (E15)

B1.3. Alimentos exclusivos. Identificação de produtos alimentares que sejam exclusivamente comprados/confecionados para a criança e explicação das razões pelas quais são exclusivamente para a criança.

Exemplos:

“Há os leites, passei também a comprar alguns sumos, ele bebe muito menos mas... com os sem açúcar, com stevia, os adoçados com stevia ou com adoçantes naturais. Mas é mais por aí, de resto a alimentação é normal.” (E14)

“...eu não bebo leite de todo porque não me sinto bem com o leite, o meu marido gosta de leite mas também percebemos que não é qualquer leite que lhe faz bem porque depois o estômago dele também se ressent e o do meu filho. E portanto acabámos por começar a comprar este leite específico para ele.” (E14)

B2. Estratégias de controlo e incentivos. Estratégias definidas pelos pais para controlar o consumo de alimentos considerados não saudáveis e para incentivar o consumo de alimentos considerados saudáveis. Identificação dos alimentos incentivados e controlados.

Exemplos:

“Sim, as gomas, as batatas fritas, as pipocas, isso nunca entra em casa...” (E15)

“Normalmente explico-lhe... Agora é mais fácil, houve uma fase de muitas birras que era muito mais complicado, agora é muito mais tranquilo. Mas vou-lhe explicando quais são os malefícios e os benefícios de outras coisas semelhantes e às vezes, como negociação, o que faço é permito-lhe que ele escolha uma coisa e, portanto, ele tem direito a escolher uma coisa e não vai poder escolher mais nada. Portanto, ele já sabe que é assim, por isso é ele que escolhe, às vezes pode não ser muito saudável mas foi escolhida por ele.” (E14)

B3. Determinantes da alimentação/ hábitos alimentares da criança. Descrição / identificação de fatores que influenciam a alimentação / hábitos alimentares.

B3.1. Capacidade. Fatores relacionados com a capacidade física ou psicológica para realizar o comportamento em causa, incluindo aspetos relacionados com conhecimento, competências, regulação comportamental, memória, atenção e processos de decisão.

Exemplos:

“...ele tem o leite da escola mas nós costumamos mandar porque ele tem alguma dificuldade com o leite, então mandamos o leite sem lactose.” (E14)

B3.2. Oportunidade. Todos os fatores de contexto físico ou social que tornam o comportamento (im)possível e/ou que o facilitam ou impedem e que não

sejam considerados estratégias de controlo e incentivos parentais. Aspectos relacionados com a oferta escolar e as políticas nutricionais das escolas.

Exemplos:

“Nós evitamos sempre os *fast food* apesar de que quando está com os primos é sempre mais... a luta é maior.” (E14)

“Há alimentos que os colegas têm na escola e que ele pede porque prova, porque eles partilham entre eles e depois ele gosta, que tem muito a ver com aqueles *snacks* de bolas de queijo e pronto, que nós evitamos mas que sabemos que ele gosta. Então muito de vez em quando ele pede mas...” (E14)

B3.3. Motivação. Processos mentais que impulsionam ou direcionam o comportamento, incluindo tanto processos deliberados e decisões conscientes (e.g., crenças sobre consequências ou capacidades pessoais, intenções, objetivos) como aspetos automáticos e afetivos (e.g., reforço, emoções).

Exemplos:

“Mas ele agora está muito atento... Há umas panquecas, umas mini panquecas, que ele descobriu no outro dia com uns coleguinhas da escola e que pediu algumas vezes para comprar e depois chegou a casa e disse “oh mãe, não podemos comer mais porque são feitas com óleo de palma, só podemos comer coisas com óleo de girassol”. Ele vai virar um fundamentalista da alimentação, nós não somos, de todo, assim lá em casa, tentamos que ele tenha uma alimentação equilibrada mas, pronto, mas está muito atento a estas coisas e já não quer as panquecas.” (E14)

C. Consumo de açúcar

C1. Atitudes face ao açúcar e ao consumo de açúcar. Crenças sobre o açúcar e o consumo do mesmo, incluindo as consequências associadas ao seu consumo.

Exemplos:

“Uma coisa é de vez em quando, eu acho que de vez em quando não faz mal nenhum e acho que é saudável, pronto, as pessoas têm que experimentar e têm que perceber o que é que... Até o efeito que aquilo tem no próprio organismo.” (E14)

“É difícil fugir do açúcar, hoje em dia, é muito difícil.” (E14)

C2. Identificação (e percepções sobre) de alimentos associados a açúcar (gerais, específicos para crianças). Nomeação de produtos alimentares, gerais ou específicos para crianças, imediatamente associados a açúcar e descrição das percepções acerca dos mesmos.

Exemplos:

“Eu acho que têm muito açúcar [produtos promovidos para crianças].” (E14)

C2.1. Baixo teor de açúcar. Produtos associados a baixos níveis de açúcar.

Exemplos:

“...os sumos, costumamos comprar da Compal, que são os que nós identificamos com os adoçantes naturais.” (E14)

“...por exemplo, o Bongo, que não tem o açúcar, tem lá a dizer.” (E21)

C2.2. Elevado teor de açúcar. Produtos associados a altos níveis de açúcar.

Exemplos:

“Para além das bebidas, da Coca-Cola e da Lipton, depois os Bollycaos e...” (E14)

“Pronto, por aí, estes que têm assim estes chocolates e estes... Até os cereais, eu sei que os próprios cereais têm bastante... mas nós sabemos que têm, pronto, muito açúcar.” (E14)

C3. Conhecimento/informação sobre açúcar. Pesquisa de informação ou conhecimento sobre o açúcar e nomeação das fontes de informação utilizadas.

Exemplos:

“Já, já [procurou informação]. Até para trabalhar estas questões com os miúdos principalmente, para lhes explicar. E com os nossos também porque estes, os nossos alunos, são mais velhos, estes são mais velhos do que os outros que eu trabalhava nessa fase, seja como for, eles fazem uma alimentação tão má a esse nível, com tantos açúcares e com tantas coisas.” (E14)

“E depois existem outras coisas mais fáceis de encontrar no Youtube ou... Que eles próprios pesquisam e que é fácil para eles também terem acesso, vá, e portanto procuramos aqui vários...” (E14)

C4. Regulação do consumo do açúcar das crianças. Estratégias utilizadas pelos pais para regular o consumo de açúcar das crianças e descrição de facilitadores e barreiras a esta regulação e da percepção de dificuldade/facilidade desta regulação.

Exemplos:

“E, pronto, e também não quero muito estar a contrariá-lo ou a proibi-lo porque sei que isso depois também vai fazer com que ele deseje mais ainda aquele alimento, portanto, o que costumo fazer é, permito que ele consuma uma parte, não é, e depois explico-lhe que só pode consumir aquele bocado porque depois vai-lhe fazer mal.” (E14)

“...há a questão das Coca-Colas e destas coisas a que ele tem acesso nas festas e nestes momentos especiais. Se vamos jantar fora em família com os tios e com os primos e os outros bebem, é difícil estar a dizer-lhe que ele não pode beber e, portanto...” (E14)

D. Intervenções de promoção de alimentação saudável e/ou redução de consumo de açúcar. Referências a ações / intervenções realizadas e/ou passíveis de serem implementadas no sentido da promoção de uma alimentação saudável ou redução do consumo de açúcar.

D.1. Atitude face à intervenção. Opinião favorável ou desfavorável em relação às intervenções e percepções sobre a eficácia VS ineficácia das mesmas.

Exemplos:

“Acho que sim, sim, sim, sim. Tanto em casa, como na escola, como nos espaços que os miúdos frequentam, sim.” (E12)

“Exatamente. A do pacote eu acho eficaz, o resto não, acho que as pessoas não é por ter mais uma percentagem de imposto que deixam de consumir.” (E16)

D.2. Tipos de intervenção.

D.2.1. As que propõem. Descrição das intervenções que acham que deveriam ser feitas, indicando os respetivos intervenientes.

Exemplos:

“E mesmo as superfícies comerciais também deviam ter aqui uma responsabilidade educativa muito grande, porque eu acho que sim, é difícil controlar tudo o que existe à venda mas, se calhar, ter alguém nestas secções específicas que até pudesse orientar os miúdos, pudesse explicar-lhes o que é que faz bem, o que é que faz menos bem... Claro que isso depois ia trazer prejuízo para algumas marcas...” (E14)

D.2.2. As que existem/recordam. Medidas governamentais ou não governamentais que sejam conhecidas.

Exemplos:

“a escola já faz este trabalho nas refeições que lhes competem, tentar esclarecer os pais no tipo de produtos que estão a usar, no tipo de tudo. Vem tudo discriminado na folha da ementa e eu acho que isso já é muito importante porque é... E já ter uma alimentação variada, não é, já não temos só uma... Podemos escolher entre uma refeição normal ou uma refeição alternativa, e portanto a escola já está a fazer um trabalho... Também está a crescer com isto.” (E14)

“Estou a recordar-me do imposto sobre as bebidas açucaradas.” (E34)