



Empirical Articles

Relação Entre o Comportamento Alimentar de Pais e Filhos

Relationship Between the Parents and the Child's Eating Behaviour

Sofia Homem de Melo^{*a}, Ana Rosa Tapadinhas^a

[a] ISPA - Instituto Universitário, Lisbon, Portugal.

Resumo

Objetivo: Compreender a relação entre o comportamento alimentar pais-filhos, relação esta que pode ser a chave para o desenvolvimento de estratégias de prevenção mais adequadas no campo da Obesidade e das Perturbações do Comportamento Alimentar. **Método:** Participaram no estudo 116 pais e respetivos 116 filhos de idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos, que frequentam o 3º, 4º, 5º e 6º ano de escolaridade de duas escolas privadas da Zona da Grande Lisboa. Foram utilizados dois instrumentos: Inventário de Perturbação do Comportamento Alimentar (EDI-3) e o Inventário de Perturbação do Comportamento Alimentar para Crianças (EDI-C). **Resultados:** Verificou-se uma correlação significativa entre o comportamento alimentar dos pais e dos filhos ao nível das escalas do EDI, especialmente nos compósitos Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar ($r = 0,221$; $p = 0,017$) e Desajustamento Psicológico Geral ($r = 0,183$; $p = 0,050$). Foi também verificada a relação entre pais e filhos em variáveis como o índice de massa corporal, IMC ($r = 0,228$; $p = 0,014$), atividades sedentárias [visualização de televisão ($r = 0,238$; $p = 0,010$) e uso do computador ($r = 0,263$; $p = 0,004$)] e atividade física ($r = 0,342$; $p = 0,013$). **Conclusão:** Estes resultados vêm realçar a importância dos pais agirem como coagentes na mudança dos comportamentos alimentares desadequados dos seus filhos, uma vez que, estes comportamentos são aprendidos, partilhados e por vezes mantidos no seio familiar.

Palavras-chave: relação pais-filhos, comportamento alimentar, perturbações do comportamento alimentar, obesidade

Abstract

Objective: To understand the parent-child eating behaviour relationship that could be the key for the development of more adequate prevention strategies in the field of Obesity and Eating Behaviour Disorders. **Method:** Participants were 116 parents and respective 116 children with ages ranging from 8 to 12 years, attending the 3rd, 4th, 5th or 6th school years at two private schools in the Lisbon area. Two instruments were used: Eating Disorder Inventory (EDI-3) and Eating Disorder Inventory for Children (EDI-C). **Results:** The results show a significant correlation between parent-child eating behaviour at the level of the EDI scales, especially the Eating Disorder Risk Composite ($r = 0,221$; $p = 0,017$) and the General Psychological Maladjustment Composite ($r = 0,183$; $p = 0,050$). The parent-child relationship was assessed observing variables that contribute to healthy or inadequate behaviours, such as the body mass index, BMI ($r = 0,228$; $p = 0,014$), sedentary activities [(television viewing ($r = 0,238$; $p = 0,010$) and computer usage ($r = 0,263$; $p = 0,004$)), and physical activity ($r = 0,342$; $p = 0,013$). **Conclusion:** These results enhance the importance of parents as co-agents, supporting the change in their children's inadequate behaviour, once these behaviours are learned, shared and often kept within the family.

Keywords: parent-child relationship, eating behaviour, eating disorders, obesity

Psychology, Community & Health, 2012, Vol. 1(3), 273–284, doi:10.5964/pch.v1i3.36

Received: 2012-07-25. Accepted: 2012-08-22. Published: 2012-11-30.

*Corresponding author at: ISPA - Instituto Universitário; Rua Jardim do Tabaco, 34, 1149-041 Lisboa, Portugal, email: sofiaohm@gmail.com



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introdução

Um dos maiores desafios da Psicologia da Saúde é a promoção e manutenção da saúde e a prevenção da doença, contribuindo deste modo para a melhoria do bem-estar dos indivíduos (Teixeira, 2004). A alimentação e o comportamento alimentar, dependendo de como são realizados, podem ser considerados fatores de risco

para o aparecimento de inúmeras doenças crônicas e degenerativas, ou por outro lado serem considerados comportamentos referenciados na área da promoção da saúde (Viana, 2002). É consenso que modificações no comportamento alimentar se impõem para prevenir doenças relacionadas com a alimentação e ajudar a promover a saúde do indivíduo. É portanto fundamental compreender este conceito e estudar os fatores a ele associados.

Segundo Morgado (2006), o comportamento alimentar visa a satisfação das necessidades das pessoas, está associado aos estilos de vida quotidianos e é uma forma de interação social. O desenvolvimento e aquisição do comportamento alimentar é um processo evolutivo onde interagem um conjunto de fatores cognitivos, psicológicos, familiares e sociais. A aquisição de hábitos e comportamentos alimentares infantis e juvenis, do ponto de vista psicológico, socioeconómico e cultural é influenciado pelo ambiente familiar em que os indivíduos estão inseridos (Campbell et al., 2007).

Diversos autores defendem que, desde muito cedo, as crianças imitam os comportamentos, hábitos e crenças das figuras parentais (Andrade, 2002; Birch, Savage, & Ventura, 2007). Viana e colaboradores (2008) vão mais longe e explicam que nas famílias em que existe obesidade ou preocupações com dietas nota-se uma maior influência do estilo alimentar parental nos comportamentos alimentares dos filhos.

Apesar de as tendências biológicas e a fome serem capacidades inatas, o comportamento alimentar começa desde cedo a ser modificado e aprendido através dos agentes de socialização (Viana, Lopes dos Santos, & Guimarães, 2008). Os pais, como principais agentes de socialização da criança, representam os modelos mais prováveis de serem implementados pelos filhos, influenciando direta ou indiretamente as suas escolhas e comportamentos alimentares (Sutherland et al., 2008).

Os ambientes familiares têm grande influência nos comportamentos alimentares das crianças, pois é nestes ambientes que se desenvolvem preferências e rejeições alimentares, crenças alimentares, padrões de consumo alimentar e de dietas, rotinas alimentares e estilos de vida como a prática de atividade física (Domínguez-Vásquez, Olivares, & Santos, 2008). O sistema familiar pode ter uma influência maior no comportamento alimentar das crianças do que os mecanismos homeostáticos internos (Mrdjenovic & Levitsky, 2005) uma vez que a criança depende da disponibilidade e escolhas dos seus pais na seleção e preparação de alimentos, nos hábitos e rotinas alimentares, no acesso e exposição aos media e ainda no incentivo à prática de atividade física (Brazão & Santos, 2010).

Assiste-se atualmente à época da supremacia do fast-food, do excesso de oferta alimentar, da insistência e pressão social dos media na valorização da magreza e na oferta de produtos magros (light), da diminuição dos níveis de atividades físicas em prol das atividades sedentárias, bem como do aparecimento das tecnologias e de ritmos de vida extremamente acelerados e stressantes (Morgado, 2006; Brazão & Santos, 2010). Todos estes fatores podem levar a que tanto adultos como crianças/adolescentes desenvolvam as chamadas “doenças da moda”, doenças estas que vão do continuum Anorexia até ao extremo Obesidade.

A prevalência das Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) tem vindo a aumentar ao longo dos últimos anos (Ackard, Fulkerson, & Neumark-Sztainer, 2007) assim como a Obesidade que já é considerada pela OMS a epidemia do século XXI e o maior problema de saúde pública que a sociedade contemporânea enfrenta (WHO, 2007). Dada a enorme prevalência destas patologias na nossa sociedade e a sua etiologia complexa torna-se necessário compreender os fatores que estão na sua origem e manutenção, de modo a desenvolverem-se estratégias mais adequadas de educação e promoção para a saúde. Estes comportamentos adquiridos na

infância/adolescência são aprendidos, em parte, através da observação dos que as rodeiam, especialmente dos pais.

Nas últimas décadas têm sido desenvolvidas inúmeras investigações com o intuito de explorar os determinantes biológicos, sociodemográficos, familiares e sociais, que levam à Obesidade e às Perturbações do Comportamento Alimentar. Davison e Birch (2001), numa perspetiva ecológica do excesso de peso na infância, inseriram os principais fatores de risco em três categorias: características individuais da criança, estilos e características familiares e características sociodemográficas. Já Jacobi e colaboradores (2004, cit. por Striegel-Moore & Bulik, 2007) destacam as características biológicas, demográficas e psicossociais como fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de perturbações alimentares.

Têm sido também desenvolvidas investigações ao nível da influência dos estilos parentais nos padrões e perturbações alimentares dos filhos (Birch & Fisher, 2000; Viana, Candeias, Rego, & Silva, 2009), dos determinantes do comportamento e hábitos alimentares ao longo das fases do desenvolvimento (Viana et al., 2008), da perceção que pais e crianças têm sobre o seu comportamento alimentar (Moreira, 2007), da influência do ambiente familiar nos comportamentos alimentares infantis (Domínguez-Vásquez et al., 2008), da observação e repetição dos modelos alimentares parentais (Birch et al., 2007) e do papel dos meios de comunicação e dos pares nos hábitos alimentares dos jovens (Viana et al., 2008).

Apesar de existirem inúmeros estudos focados nestas temáticas assistimos ainda a uma grande escassez de estudos que analisem as variáveis envolvidas na relação entre o comportamento pais-filhos, relação esta que pode ser a chave de estratégias de prevenção mais adequadas. A literatura também é escassa ao nível de estudos que utilizem um instrumento equivalente (Inventário de Perturbações do Comportamento Alimentar) aplicado simultaneamente a pais e filhos com o intuito de avaliar o comportamento alimentar e o Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar.

Deste modo, torna-se objetivo fulcral deste estudo compreender a relação entre o comportamento alimentar pais-filhos e analisar em que medida determinadas variáveis sociodemográficas e clínicas podem intervir nos comportamentos alimentares adultos e infantis.

Método

Participantes

A amostra foi recolhida em duas escolas privadas da zona da Grande Lisboa e foi constituída através de uma amostragem por conveniência (não-probabilística).

Participaram, no presente estudo, 232 sujeitos, dos quais 116 pais responsáveis pela alimentação dos seus filhos e 116 crianças/adolescentes que frequentavam o 3º, 4º, 5º e 6º ano de escolaridade.

As crianças/adolescentes tinham idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos ($M = 9,6$; $DP = 1,2$), 39,7% pertencem ao género masculino ($n = 46$) e 60,3% ao género feminino ($n = 70$). Relativamente aos pais, estes apresentavam idades compreendidas entre os 30 e os 65 anos ($M = 41,2$; $DP = 4,1$), sendo que 17,2% pertencem ao género masculino ($n = 20$) e 82,8% ao género feminino ($n = 96$).

Material

Para o levantamento das variáveis sociodemográficas (género, idade, grau de parentesco, estado civil, profissão, situação profissional atual, rendimento mensal, nível de escolaridade) e clínicas (altura, peso, prática, tipo e frequência de exercício físico, número de horas de visualização de televisão e computador, horas de sono e número de refeições em família) foi aplicado um questionário elaborado pelos autores a cada um dos grupos em estudo (pais e crianças). Os questionários eram semelhantes nos dois grupos, à exceção das variáveis relativas ao estado civil, à situação profissional e ao rendimento mensal, que não constavam no questionário das crianças.

Para a avaliação do comportamento alimentar foi utilizado no grupo de pais o Inventário de Perturbação do Comportamento Alimentar (EDI-3; [Garner, 2004](#); versão portuguesa, [Tapadinhas, 2009](#)) e o Inventário de Perturbação do Comportamento Alimentar para crianças (EDI-C; [Garner, 2004](#); versão portuguesa, [Moreira & Tapadinhas, 2008](#)) no grupo dos filhos. Este é um inventário de autopreenchimento do tipo Likert de 6 pontos cujas categorias de resposta vão de “*nunca*” a “*sempre*”, utilizado para avaliar de forma compreensiva a presença e intensidade de dimensões psicológicas, comportamentais e sintomáticas importantes no desenvolvimento e/ou manutenção de uma PCA.

O EDI (3 e C) consiste de 91 itens que se organizam em 12 escalas e 6 compósitos. Das doze escalas, três são escalas de Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar [Obsessão por Emagrecer (DT), Bulimia (B), Insatisfação Corporal (BD)] e nove são escalas psicológicas gerais [Baixa Autoestima (LSE), Alienação Pessoal (PA), Insegurança Interpessoal (II), Alienação Interpessoal (IA), Deficits Introspectivos (ID), Desregulação Emocional (ED), Perfeccionismo (P), Ascetismo (A), Medo da Maturidade (MF)]. Em relação aos compósitos, cinco são referentes a constructos psicológicos gerais [(Ineficácia (IC), Problemas Interpessoais (IPS), Problemas Afetivos (APC), Excesso de Controlo (OC), Desajustamento Psicológico Geral (GPMC)] e o restante refere-se às perturbações alimentares [(Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar (EDRC)].

No estudo de adaptação do EDI-3, as diferentes dimensões observadas obtiveram índices de fiabilidade individual de Cronbach entre 0,58 (P) e 0,92 (EDRC e GPMC) ([Tapadinhas, 2009](#)). No estudo de tradução do EDI-C foram utilizadas as qualidades métricas do EDI-3 de outro estudo constituído por uma amostra clínica de adolescentes americanos com PCA-SOE. Nessa amostra de adolescentes, os diferentes fatores observados obtiveram índices de fiabilidade individual de Cronbach entre 0,77 (ED) e 0,97 (GPMC) ([Moreira, 2007](#)).

Procedimento

Após a autorização das direções das duas escolas foram enviados aos pais, através dos filhos, a carta de consentimento informado para permitir a colaboração consentida dos pais e dos filhos no estudo, um conjunto de informações sobre os objetivos da investigação, a garantia da confidencialidade e anonimato dos dados e os questionários (sociodemográfico e EDI-3).

Depois de recolhidos os questionários dos pais, as crianças/adolescentes preencheram os instrumentos em contexto de sala de aula (questionário sociodemográfico e EDI-C) e entregaram-nos às respetivas professoras. Passados dois dias, procedeu-se à recolha dos questionários nas respetivas salas de aula.

Análise Estatística

A análise estatística englobou a análise descritiva das variáveis sociodemográficas e clínicas com o intuito de caracterizar e descrever o comportamento das variáveis em estudo. Recorreu-se também aos testes paramétricos

(t-Student e ANOVA) para determinar diferenças significativas entre as variáveis e a análise do coeficiente de correlação de Pearson para averiguar o tipo e o grau de associação entre as variáveis.

Todas as análises foram efetuadas com recurso ao software PASW Statistics (v.19, SPSS Inc, Chicago, IL). Considerou-se para todas as análises uma probabilidade de erro tipo I ($\alpha \leq 0,05$) para um intervalo de confiança de 95%.

Resultados

Para estudar a relação entre o comportamento alimentar pais-filhos, além de se analisar essa relação, averiguou-se também a relação entre variáveis clínicas que podem contribuir para comportamentos saudáveis ou desadequados e ainda a influência de variáveis sociodemográficas nos comportamentos alimentares adultos e infantis.

Relação Entre o Comportamento Alimentar dos Pais e dos Filhos

Da análise da [Tabela 1](#) verifica-se que existem três correlações positivas estatisticamente significativas, ainda que com uma fraca correlação, entre o comportamento alimentar pais-filhos. Constatam-se essas correlações na escala Insatisfação Corporal (BD) ($r = 0,210$; $p = 0,023$) e nos compósitos Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar (EDRC) ($r = 0,221$; $p = 0,017$) e Desajustamento Psicológico Geral ($r = 0,183$; $p = 0,050$).

Podemos ainda salientar da [Tabela 1](#) que os filhos apresentam os valores médios mais elevados em todas as escalas do instrumento, à exceção da escala Insatisfação Corporal (BD) que são os pais que revelam os valores mais elevados ($M = 31,48$; $DP = 7,088$).

Além da relação entre o comportamento alimentar pais-filhos pretendeu-se também analisar a relação entre as variáveis clínicas dos pais e dos filhos. Através da leitura da [Tabela 2](#) verificamos que existem cinco correlações positivas e estatisticamente significativas, ainda que com uma fraca correlação, entre as variáveis clínicas parentais e dos filhos.

Influência das Variáveis Sociodemográficas no Comportamento Alimentar de Pais e Filhos

Relativamente ao grupo dos pais, constataram-se diferenças estatisticamente significativas ao nível da variável Género em relação à escala Deficits Introspectivos (ID) ($t = 2,202$; $p = 0,030$). No que concerne à influência da Idade no comportamento alimentar dos pais verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas na escala Alienação Interpessoal (IA) ($t = -2,014$; $p = 0,046$) e no compósito Problemas Interpessoais (IPS) ($t = -2,121$; $p = 0,036$). Para aceder à categorização da variável Idade foi feita a média de idades dos pais e constitui-se um grupo de sujeitos que tinham idade superior à média e um outro grupo que tinham idade inferior à média. O mesmo foi feito para a variável Idade dos filhos. No grupo dos pais constatou-se que os pais com mais de 40 anos apresentaram os valores clínicos mais elevados.

Verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em 11 das escalas do EDI-3 em relação ao IMC parental. Observaram-se essas diferenças nas escalas Insatisfação Corporal (BD) ($F = 9,261$; $p < 0,001$), Baixa autoestima (LSE) ($F = 2,718$; $p = 0,048$), Alienação Pessoal (PA) ($F = 3,797$; $p = 0,012$), Alienação Interpessoal (IA) ($F = 3,618$; $p = 0,015$), Desregulação Emocional (ED) ($F = 4,162$; $p = 0,008$), Medo da Maturidade (MF) ($F = 3,34$; $p = 0,022$) e nos compósitos Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar (EDRC) ($F = 7,11$; $p = 0,000$), Ineficácia (IC) ($F = 3,849$; $p = 0,012$), Problemas Interpessoais (IPS) ($F = 2,841$; $p = 0,041$),

Tabela 1

Valores da Estatística Descritiva e Correlações de Pearson Entre o Comportamento Alimentar Pais-Filhos, Operacionalizado Através do EDI

Notas T	Pais		Filhos		r	p
	M	DP	M	DP		
NT_DT	31,34	6,032	31,89	9,397	0,119	ns
NT_B	36,32	2,367	41,23	5,135	0,121	ns
NT_BD	31,48	7,088	27,76	7,349	0,210	0,023
NT_LSE	26,79	3,670	40,62	4,550	0,142	ns
NT_PA	29,25	3,910	38,27	6,137	0,110	ns
NT_II	33,92	7,277	46,76	7,286	0,083	ns
NT_IA	34,68	6,498	48,47	6,785	0,041	ns
NT_ID	27,49	3,651	44,13	8,637	-0,404	ns
NT_ED	35,71	4,304	48,66	10,263	-0,021	ns
NT_P	40,88	5,759	46,97	7,735	-0,139	ns
NT_A	31,85	5,229	52,39	7,468	-0,042	ns
NT_MF	45,12	8,100	57,40	8,457	-0,014	ns
NT_EDRC	28,03	5,240	29,12	7,594	0,221	0,017
NT_IC	26,03	3,696	38,35	4,810	0,174	ns
NT_IPS	31,84	6,805	46,86	6,438	0,126	ns
NT_APC	28,74	3,566	45,31	9,932	0,099	ns
NT_OC	33,22	5,024	49,04	7,388	-0,142	ns
NT_GPMC	25,20	4,569	45,39	6,294	0,183	0,050

Note. ns = não significativo; NT_DT = Nota t da escala Obsessão por Emagrecer; NT_B = Nota t da escala Bulimia; NT_BD = Nota t da escala Insatisfação Corporal; NT_LSE = Nota t da escala Baixa Autoestima; NT_PA = Nota t da escala Alienação Pessoal; NT_II = Nota t da escala Insegurança Interpessoal; NT_IA = Nota t da escala Alienação Interpessoal; NT_ID = Nota t da escala Deficits Introspectivos; NT_ED = Nota t da escala Desregulação Emocional; NT_P = Nota t da escala Perfeccionismo; NT_A = Nota t da escala Ascetismo; NT_MF = Nota t da escala Medo da Maturidade; NT_EDRC = Nota t do compósito Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar; NT_IC = Nota t do compósito Ineficácia; NT_IPS = Nota t do compósito Problemas Interpessoais; NT_APC = Nota t do compósito Problemas Afetivos; NT_OC = Nota t do compósito Excesso de controlo; NT_GPMC = Nota t do compósito Desajustamento Psicológico Geral.

Tabela 2

Valores da Estatística Descritiva e Correlações de Pearson Entre as Variáveis IMC, Frequência da Atividade Física, Horas de TV, Horas de PC, Horas de Sono e Refeições em Família

Variáveis	Pais		Filhos		r	p
	M	DP	M	DP		
IMC	23,10	3,559	18,38	2,653	0,228	0,014
Frequência Atividade Física	2,61	0,927	2,19	0,945	0,342	0,013
Horas TV	83,03	51,326	90,73	59,972	0,238	0,010
Horas PC	239,74	197,062	58,89	54,660	0,263	0,004
Horas Sono	479,31	72,001	580,78	43,593	0,061	ns
Refeições Família	1,49	0,692	1,97	0,903	0,236	0,011

Note. ns = não significativo.

Problemas Afetivos (APC) ($F = 3,138$; $p = 0,028$) e Desajustamento Psicológico Geral (GPMC) ($F = 3,532$; $p = 0,017$).

Em relação ao Nível de Escolaridade dos pais verificámos diferenças estatisticamente significativas entre os diversos níveis de escolaridade e as escalas Alienação Interpessoal (IA) ($F = 3,598$; $p = 0,016$) e os compósitos

Problemas Interpessoais (IPS) ($F = 3,572$; $p = 0,016$), Problemas Afetivos (APC) ($F = 4,543$; $p = 0,005$) e Desajustamento Psicológico Geral (GPMC) ($F = 3,119$; $p = 0,029$). Apurou-se também que foram os pais com menor escolaridade que revelaram os valores mais elevados nestas escalas e compósitos.

Ao nível do rendimento mensal observaram-se diferenças estatisticamente significativas na escala Insegurança Interpessoal (II) ($F = 5,270$; $p = 0,010$) e no compósito Problemas Interpessoais (IPS) ($F = 4,879$; $p = 0,010$), sendo os pais com menor rendimento mensal que apresentaram os valores mais altos nestas escalas.

No grupo dos filhos, ao nível da variável género, observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o Género dos filhos e as escalas Obsessão por Emagrecer (DT) ($t = -2,023$; $p = 0,045$), Perfeccionismo (P) ($t = -2,060$; $p = 0,042$) e no compósito Excesso de Controlo (OC) ($t = -2,085$; $p = 0,039$), sendo o género feminino quem revelou os valores mais elevados nestas escalas e compósitos.

Relativamente à variável Idade apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas na escala Medo da Maturidade (MF) ($t = 2,490$; $p = 0,014$), sendo os sujeitos mais novos os que revelaram os resultados mais elevados nesta escala.

De acordo com o Ciclo de Escolaridade as diferenças estatisticamente significativas foram encontradas nas escalas Deficits Introspectivos (ID) ($t = 2,264$; $p = 0,025$) e Medo da Maturidade (MF) ($t = 2,779$; $p = 0,006$), sendo os participantes do 1º ciclo quem obteve os valores mais elevados.

Em relação ao IMC/Percentis de idade constataram-se diferenças estatisticamente significativas na escala Insatisfação Corporal (BD) ($F = 3,457$; $p = 0,019$) e no compósito Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar (EDRC) ($F = 3,316$; $p = 0,023$), em ambos os casos os valores mais elevados foram apresentados pelas crianças/adolescentes obesos.

Influência das Variáveis Sociodemográficas dos Pais no Comportamento Alimentar dos Filhos

Ao nível do Género dos pais encontraram-se diferenças estatisticamente significativas na escala Obsessão por Emagrecer (DT) ($t = -2,603$; $p = 0,013$) dos filhos, sendo que os valores mais elevados aparecem quando são as mães as responsáveis pela sua alimentação.

Em relação à Idade dos pais verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na escala Baixa Autoestima dos filhos (LSE) ($t = 5,210$; $p = 0,024$), sendo que os valores mais elevados nesta escala foram apresentados pelos filhos de pais mais novos.

Quanto à influência do IMC dos pais no comportamento alimentar dos filhos, constataram-se diferenças significativas nas escalas Alienação Pessoal (PA) ($F = 2,709$; $p = 0,049$) e Desregulação Emocional (ED) ($F = 3,957$; $p = 0,010$) e nos compósitos Problemas Afetivos (APC) ($F = 2,870$; $p = 0,040$), Excesso de Controlo (OC) ($F = 3,041$; $p = 0,032$) e Desajustamento Psicológico Geral (GPMC) ($F = 3,205$; $p = 0,026$). Verificou-se ainda que os resultados mais elevados foram apresentados pelos filhos cujos pais são obesos.

Relativamente à Situação Profissional dos pais apuraram-se diferenças significativas apenas na escala Alienação Pessoal (PA) ($t = 4,179$; $p = 0,043$) do EDI-C.

No que concerne à influência do Rendimento Mensal dos pais no comportamento alimentar dos filhos encontraram-se diferenças significativas nas escalas Bulimia (B) ($F = 9,210$; $p < 0,001$), Alienação Pessoal (PA)

($F = 3,621$; $p = 0,030$), Desregulação Emocional (ED) ($F = 6,987$; $p = 0,001$), Ascetismo (A) ($F = 9,580$; $p < 0,001$), Medo da Maturidade (MF) ($F = 4,709$; $p = 0,011$) e nos compósitos Ineficácia (IC) ($F = 4,329$; $p = 0,015$), Problemas Afetivos (APC) ($F = 5,660$; $p = 0,005$), Excesso de Controlo (OC) ($F = 6,725$; $p = 0,002$) e Desajustamento Psicológico Geral (GPMC) ($F = 9,430$; $p < 0,001$). Constatou-se que os resultados mais elevados foram obtidos pelos filhos cujos pais têm um menor rendimento mensal.

Discussão

Os resultados do presente estudo demonstram que existe uma relação entre o comportamento alimentar pais-filhos, especialmente ao nível dos compósitos Risco de PCA e Desajustamento Psicológico Geral. Estes resultados estão em concordância com autores que verificaram que os ambientes familiares onde são estabelecidos os hábitos alimentares das crianças têm uma enorme influência nos seus comportamentos alimentares (Campbell et al., 2007) e que desde cedo as crianças têm tendência a imitar os comportamentos e crenças alimentares das figuras parentais (Andrade, 2002). A partilha por pais e filhos de características específicas do comportamento alimentar vem sustentar o papel da aprendizagem social no comportamento alimentar (Birch et al., 2007).

Tendo os filhos apresentado níveis sintomáticos mais elevados na maioria das escalas do instrumento e sabendo que os hábitos alimentares dos adultos são um reflexo das experiências do comportamento alimentar infantil (Birch et al., 2007), torna-se necessário continuar a desenvolver estratégias que desacelerem esta tendência.

Constatámos que existe uma correlação positiva e significativa entre o IMC parental e o IMC dos filhos, os resultados estão de acordo com os estudos que verificaram uma associação entre o IMC de pais e filhos (Ramos & Barros, 2007). Relativamente à prática de atividades físicas e sedentárias, os pais também têm um papel fulcral no seu incentivo (Ferreira et al., 2007), pois verifica-se uma correlação positiva na frequência com que pais e filhos praticam atividade física e no tempo em que estão em atividades sedentárias. Estes resultados sugerem que além do comportamento alimentar, o IMC e a prática de atividades físicas e sedentárias parecem resultar de fatores de aprendizagem atitudinal e comportamental comuns entre pais e filhos (Brazão & Santos, 2010).

Investigações anteriores e a literatura ao nível das PCA e da Obesidade apontam para o papel e a influência de diversas variáveis sociodemográficas no comportamento alimentar de adultos e crianças (Striegel-Moore & Bulik, 2007; Padez, Mourão, Moreira, & Rosado, 2005). Relativamente à variável género os resultados vêm corroborar outros autores que afirmam que ser do género feminino é um fator de risco no desenvolvimento das Perturbações do Comportamento Alimentar (Striegel-Moore & Bulik, 2007). As raparigas apresentam uma maior tendência para a obsessão por emagrecer, para níveis elevados de excesso de controlo e de perfeccionismo, características muito presentes nas PCA (Sampaio, Bouça, Carmo, & Jorge, 1999).

Apesar de o IMC não ser considerado uma variável sociodemográfica, mas sim uma variável clínica, foi determinado que esta variável também iria ser analisada dada a sua relação com o comportamento alimentar. Neste estudo verificámos que pais e filhos com excesso de peso/obesidade parecem demonstrar problemas mais significativos ao nível do comportamento alimentar e do desajustamento psicológico geral, o que indica que estes sujeitos têm maior probabilidade de comprometer os seus níveis de saúde e de desenvolver perturbações alimentares futuras (Carmo, Santos, Camolas, & Vieira, 2008).

Ao contrário de outros estudos em que foi constatado o papel das variáveis sociodemográficas no comportamento alimentar de adultos e de crianças (Moreira, 2007; Padez, Mourão, Moreira, & Rosado, 2005; Striegel-Moore &

Bulik, 2007), na presente investigação não se verificou a existência de diferenças significativas entre as restantes variáveis estudadas (Idade, Estado Civil, Situação Profissional, Rendimento Mensal, Nível de Escolaridade) e a maioria das escalas que avaliam o comportamento alimentar. Talvez estes resultados se devam ao facto de haver na amostra algum desequilíbrio nas categorias nível de escolaridade, nível socioeconómico e estado civil, cujos níveis elevados estão sub-representados face à realidade nacional.

De acordo com a literatura, as características sociodemográficas e os estilos de vida parentais têm uma enorme influência nos comportamentos alimentares infantis, pois os comportamentos e hábitos alimentares dos filhos dependem em grande parte das escolhas, hábitos e comportamentos alimentares dos pais (Brazão & Santos, 2010).

Em relação à influência do género dos pais, os filhos apresentavam problemas clínicos mais significativos no comportamento alimentar quando eram as mães as responsáveis pela sua alimentação, especialmente constatarem-se diferenças ao nível da escala Obsessão por Emagrecer. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos onde se verificou que as mães exercem uma maior influência na aquisição e manutenção dos comportamentos alimentares (Nguyen et al., 1996, cit. por Pirinçci, Durmus, Gündoğdu, & Açıık 2010), inclusive na prática de dietas, de problemas alimentares e na perceção do peso e imagem corporal (Birch & Fisher, 2000).

Ao nível da influência do IMC parental, verificou-se que os filhos de pais obesos revelam os valores mais sintomáticos e preocupantes na maioria das escalas do EDI-C, sugerindo que o IMC parental constitui um fator de risco para o desenvolvimento do excesso de peso e obesidade infantil (Khader et al., 2009). Contrariamente a outros estudos (Moreira, 2007), na presente investigação, apenas se verificaram diferenças significativas entre o IMC parental e escalas e compósitos que remetem para problemas psicológicos gerais. Podemos supor que talvez um elevado IMC parental seja também um fator de risco para outras perturbações alimentares. Sabe-se que, por exemplo, o Excesso de Controlo e a Desregulação Emocional são características específicas das perturbações do comportamento alimentar nomeadamente da Anorexia e Bulimia Nervosa (Sampaio et al., 1999).

Vários estudos apontam uma relação inversa entre a obesidade e o nível socioeconómico. (Wang & Zhang, 2006). Os nossos resultados não nos permitem inferir acerca da influência entre o rendimento mensal parental e o Risco de Perturbação do Comportamento Alimentar, mas permitem-nos constatar que o Desajustamento Psicológico Geral nos filhos é maior quando os pais apresentam menor rendimento mensal. Estes resultados lembram que populações mais desfavorecidas em termos socioeconómicos têm menor acesso aos cuidados de saúde e menor informação e conhecimento sobre a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis (Straub, 2005).

Relativamente às restantes variáveis analisadas no que diz respeito à idade e situação profissional dos pais no comportamento alimentar apenas se constatarem diferenças significativas numa escala do instrumento (LSE e PA, respetivamente). Ao contrário do esperado e do que se constatou noutros estudos (Padez et al., 2005; Moreira, 2007), na presente investigação não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o nível de escolaridade e o estado civil dos pais e o comportamento alimentar dos filhos. Talvez estes resultados se devam ao facto de esta amostra ser proveniente de um contexto mais favorecido a nível socioeconómico e de formação académica.

Concluindo, neste estudo verificámos que existe uma relação entre o comportamento alimentar de pais e filhos, no que se refere ao risco de perturbação do comportamento alimentar e de desajustamento psicológico geral.

Constatou-se ainda uma relação entre o IMC, horas de atividades sedentárias (visualização de televisão e computador) e de prática de atividade física de pais e filhos. Ao contrário do esperado, a maioria das variáveis sociodemográficas não teve grande influência nos comportamentos alimentares adultos e infantis. Talvez estes resultados sejam fruto de um conjunto de limitações que o presente estudo apresenta.

Encontrámos como maiores limitações deste estudo a reduzida dimensão da amostra, um delineamento amostral por conveniência e algum desequilíbrio nas categorias do nível socioeconómico e do nível de escolaridade, o que leva a que não seja possível tirar conclusões passíveis de serem generalizadas a toda a população portuguesa. Contudo, considera-se que estas limitações são justificáveis e minimizadas face à carência de investigações que estudem o comportamento alimentar na perspetiva da relação pai-filho.

As implicações deste estudo permitem salientar o potencial da relação pais-filhos na prática profissional como ferramenta para desenvolver novas estratégias de modificação de hábitos alimentares infantis. Deste modo, envolvem-se os pais como coagentes na mudança dos comportamentos alimentares e estilos de vida dos seus filhos, uma vez que estes comportamentos são aprendidos, partilhados e por vezes mantidos no seio familiar.

Sugere-se a replicação de estudos com a mesma metodologia mas numa amostra mais representativa da população, para proporcionar uma interpretação mais consistente dos resultados. Seria também de interesse cruzar outros instrumentos que avaliem o comportamento alimentar em amostras emparelhadas de pais e filhos, explorando as diversas componentes que descrevem a relação pais-filhos. É ainda necessário proceder à adaptação e validação de instrumentos que são essenciais para a investigação e diagnóstico de comportamentos e perturbações alimentares, inclusivamente a validação do EDI-C.

Referências

- Ackard, D. M., Fulkerson, J. A., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth. *The International Journal of Eating Disorders*, 40(5), 409-417. doi:10.1002/eat.20389
- Andrade, G. (2002). A promoção de comportamentos alimentares saudáveis na criança – Uma abordagem desenvolvimentista. In *Actas do 4º congresso nacional de psicologia da saúde: A saúde uma perspectiva de ciclo de vida* [Proceedings of the 4th National Congress on Health Psychology] (pp. 13-18). Lisboa: ISPA.
- Birch, L. L., & Fisher, J. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 71, 1054-1061.
- Birch, L. L., Savage, J. S., & Ventura, A. (2007). Influences on the development of children's eating behaviours: From infancy to adolescence. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 68(1), 1-56.
- Brazão, N., & Santos, O. (2010). Transgeracionalidade na obesidade infantil. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4(2), 87-94.
- Campbell, K. J., Crawford, D. A., Salmon, J., Carver, A., Garnett, S. P., & Baur, L. A. (2007). Associations between the home food environment and obesity-promoting eating behaviors in adolescence. *Obesity*, 15, 719-730. doi:10.1038/oby.2007.553
- Carmo, I., Santos, O., Camolas, J., & Vieira, J. (2008). *Obesidade em Portugal e no mundo*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

- Davison, K. K., & Birch, L. L. (2001). Childhood overweight: A contextual model and recommendations for future research. *Obesity Reviews*, 2(3), 159-171. doi:[10.1046/j.1467-789x.2001.00036.x](https://doi.org/10.1046/j.1467-789x.2001.00036.x)
- Domínguez-Vásquez, P., Olivares, S., & Santos, J. L. (2008). Eating behavior and childhood obesity: Family influences. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*, 58(3), 249-255.
- Ferreira, I., Van der Horst, K., Wendel-Vos, W., Kremers, S., Van Lenthe, F. J., & Brug, J. (2007). Environmental correlates of physical activity in youth – A review and update. *Obesity Reviews*, 8(2), 129-154. doi:[10.1111/j.1467-789X.2006.00264.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2006.00264.x)
- Garner, D. M. (2004). *EDI-3 Eating Disorder Inventory-3 professional manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources Inc.
- Khader, Y., Irshaidat, O., Khasawneh, M., Amarin, Z., Alomari, M., & Batieha, A. (2009). Overweight and obesity among school children in Jordan: Prevalence and associated factors. *Maternal and Child Health Journal*, 13(3), 424-431. doi:[10.1007/s10995-008-0362-0](https://doi.org/10.1007/s10995-008-0362-0)
- Moreira, S. M. (2007). *O comportamento alimentar nos pré-adolescentes/adolescentes e a percepção dos pais/cuidadores, em diferentes contextos de ensino* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica, Unpublished thesis). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Moreira, S. M., & Tapadinhas, A. R. (2008). O comportamento alimentar em crianças e a percepção dos pais/cuidadores. In I. Leal, J. P. Ribeiro, & S. Neves de Jesus (Eds.), *Sétimo congresso nacional de psicologia da saúde: Intervenção em psicologia e saúde: Actas* (p. 575-578). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Morgado, A. (2006). Programa de controlo da obesidade. In I. Trindade, R. Correia, & J. C. Teixeira (Eds.), *Actas da V conferência de psicologia nos cuidados de saúde primários: Psicologia, promoção da saúde e prevenção* [Proceedings of the V conference in psychology of primary care: Psychology, health promotion and prevention] (1st ed., pp. 151-163). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Mrdjenovic, G., & Levitsky, D. A. (2005). Children eat what they are served: The imprecise regulation of energy intake. *Appetite*, 44, 273-282. doi:[10.1016/j.appet.2005.01.005](https://doi.org/10.1016/j.appet.2005.01.005)
- Padez, C., Mourão, I., Moreira, P., & Rosado, V. (2005). Prevalence and risk factors for overweight and obesity in Portuguese children. *Acta Paediatrica*, 94(11), 1550-1557. doi:[10.1080/08035250510042924](https://doi.org/10.1080/08035250510042924)
- Pirinçci, E., Durmus, B., Gündoğdu, C., & Açıık, Y. (2010). Prevalence and risk factors of overweight and obesity among urban school children in Elazig city, eastern Turkey, 2007. *Annals of Human Biology*, 37(1), 44-56. doi:[10.3109/03014460903218984](https://doi.org/10.3109/03014460903218984)
- Ramos, E., & Barros, H. (2007). Family and school determinants of overweight in 13-year-old Portuguese adolescents. *Acta Paediatrica*, 96(2), 281-286. doi:[10.1111/j.1651-2227.2007.00107.x](https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2007.00107.x)
- Sampaio, D., Bouça, D., Carmo, I., & Jorge, Z. (1999). *Doenças do comportamento alimentar: Manual para o clínico geral*. Lisboa: Edições ASA, SA.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *The American Psychologist*, 62(3), 181-198. doi:[10.1037/0003-066X.62.3.181](https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.181)

- Sutherland, L. A., Beavers, D., Kupper, L., Bernhard, A., Heatherton, T., & Dalton, M. (2008). Like parent, like child – Child food and beverage choices during role playing. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(11), 1063-1069. doi:10.1001/archpedi.162.11.1063
- Tapadinhas, A. R. (2009). *Comportamento alimentar, qualidade de vida e personalidade em pessoas obesas: Um estudo na população Portuguesa* (Unpublished doctoral thesis). Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Teixeira, J. C. (2004). A Psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 22(3), 441-448.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 20(4), 611-624.
- Viana, V., Lopes dos Santos, P., & Guimarães, M. J. (2008). Comportamentos e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(2), 209-231.
- Viana, V., Candeias, L., Rego, C., & Silva, D. (2009). Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: Uma revisão da bibliografia. *Revista da Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação*, 15(1), 9-16.
- Wang, Y., & Zhang, Q. (2006). Are American children and adolescents of low socioeconomic status at increased risk of obesity? Changes in the association between overweight and family income between 1971 and 2002. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 84(4), 707-716.
- World Health Organization. (2007). *The challenge of obesity in the WHO European region and the strategies for response*. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98243/E89858.pdf